

## MRCP 検査説明書

### 1) 食事・水分・薬について

- 食事と水分:午前検査の場合は朝食を、午後検査の場合は昼食を中止してください。ただし、少量の水は飲んでかまいません。過度な脱水にならないように、ご注意ください。
- 薬 :常用薬がある場合は、服用するかどうか主治医と相談してください。

### 2) 当日の持ち物・服装・検査について

- 検査当日は**予約時刻 20 分前**に 1 階総合受付にお越しください。
- MRCP 検査に関する同意問診書、体内金属問診票を持参してください。
- 検査の所要時間は約 30 分です。
- 検査中は大きい音がする、身体を動かさない、息を止めるなどの制約があります。
- 保温性衣類(ヒートテックなど)・消臭系衣類、金属製の装飾品、入れ歯、補聴器、貼付薬、コンタクトレンズ(カラーコンタクトに限らず)などは検査前に更衣もしくは外していただきます。
- 化粧品、制汗剤・デオドラント(Ag+など)、UV ケア用品、黒色の増毛剤やその他パウダー製品などを検査当日は使用しないでください。

### 3) MRCP 検査の注意事項について

- 検査直前にボーズデルという液体(造影剤)を服用していただきます。ボーズデルを使用することにより膵管や胆管がはっきりと見えるようになり、病気の状態がより正確に把握できます。ボーズデルは、マンガンを含む容量 250mL の無色透明で少し甘みのある液体です。服用後 48 時間で、ほぼ全てが糞中に排泄されます。
- 次の場合はボーズデルを使用できません。
  - ・過去にボーズデルを服用して、アレルギー症状が出たことがある方  
※成分であるマンガンに対してアレルギーのある方も使用できません
  - ・消化管穿孔又はその疑いのある方  
※造影剤がお腹の中に漏れ、腹膜炎等の重篤な症状を引き起こす可能性があります。
- ボーズデルを服用すると、まれに副作用が起こります。  
主な副作用は、軟便、下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、胸やけ、眠気、頭痛などで、基本的に自然に軽快します。このような副作用が起こる確率は 1000 人に 1 人程度(0.1~5%未満)といわれています。これ以上の重篤な副作用の報告はありません。  
副作用症状が後日に起こった場合、当院までご連絡ください。また主治医にもお伝えください。  
その場合の処置に関しては通常の保険診療となります。
- テトラサイクリン系経口抗生物質服用中の方は担当医にご相談ください。  
ニューキノロン系経口抗菌剤、セフジニルを服用している場合は、薬剤作用が減弱する恐れがあるため、造影検査終了後 3 時間程度は服用時間を空ける必要があります。
- 同意問診書に署名された後でも、同意の撤回・検査の中止はいつでも可能です。

## MRCP 検査同意問診書

別紙説明書にて説明を受けました。その内容について

- 理解した上で同意します。  
 同意しません。  
 (必ずどちらかにチェックをしてください)

### 【MRCP 検査問診】

※以上の質問に“ある”“わからない”とお答えの方は、MRCP(MR 胆管膵管撮像)の他に代わりになる検査がない事と、この検査で得られる利益が、検査により生じる可能性のある副作用などの不利益よりも大きいことを主治医に確認して、ご納得いただいた上で検査を受けてください。

過去に同じ検査（ポーズデルを服用）をして副作用が出現したことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（内容： ） <input type="checkbox"/> ポーズデルの内服は今回が初めて
ポーズデルの成分であるマンガンに対してアレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない
消化管穿孔(胃や腸に穴が空いている)又は、その疑いがあると医師から言われていますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容： )
次に挙げる抗生物質や抗菌薬を服用していますか？ (テトラサイクリン系経口生物質、ニューキノロン系経口抗菌剤、セフジニル)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

### 記

実施する検査・処置内容など：MRCP 検査 同意した日 20 年 月 日

### 【患者署名】

氏名：

【親族または代理人の署名(患者本人が署名できない場合、患者氏名も記入)】

氏名： 続柄( ) 患者氏名：

以上