

## 「ボースデル」を用いたMRCP検査について

### 作用と効果

経口薬剤ボースデルを飲んでMRCP検査を行うと、消化管(胃・十二指腸)と周りの臓器(膵臓・胆のう)との区別がはっきりします。また膵管や胆管がはっきり見えるようになり、病院の診断や治療方針が決定する上で欠かせない情報がより得やすくなります。

### 使用上の禁忌

- ・ 消化管の穿孔またはその疑い
- ・ 以前に薬を使用して、かゆみ、発疹などのアレルギー症状が出たことがある
- ・ 妊娠または授乳中

以上の患者様への投薬は原則禁忌とさせていただきます。

### 使用上の注意

テトラサイクリン系経口抗生物質・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。  
(薬剤作用が減弱する恐れがあるため、造影後3時間程度服用をあける必要がありますので患者様に事前にお伝えください)

### 副作用

主な副作用として、軟便、下痢、腹痛、腹鳴などが報告されています。  
ほとんどの症状は、軽度で一時的なものが多く、自然に軽快するのが通常ですが、ごく稀に重篤な副作用が出る可能性があります。その場合は適切な処置が必要となります。

### 依頼方法

以上の内容を読んでいただき、MRCP検査依頼書の検査法にある「ボースデル」の「あり なし」どちらかにチェックをしていただいた上でご依頼ください。

# 診療情報提供書 (MRCP検査依頼書)

④MRCP検査依頼書

あさぎり病院担当医宛

下記内容にてMRI検査を依頼します。

患者様の状況；外来待機中 帰宅

入院中 (退院後受診 入院中受診)

患者情報		第一希望	検査日時	年	月	日 (曜日)
フリガナ	氏名		男・女	AM・PM	時	分より
旧姓		第二希望	検査日時	年	月	日 (曜日)
生年月日	年		月	日	AM・PM	時
現住所 〒 -		紹介元医療機関名				
TEL ( ) -	医師名		TEL ( ) -			
携帯 ( ) -	FAX ( ) -					
あさぎり病院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						

<b>【臨床診断】</b>	<b>【検査データ】</b>
	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要

<b>【検査目的】</b>	<input type="checkbox"/> FAXでの読影レポートも希望する

<b>【検査法】</b>
<input type="checkbox"/> MRCP
ボースデル <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

<b>【チェックリスト (あてはまるものにチェックしてください)】</b>			
安静 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 授乳中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり HBsAg Wa氏 HCV MRSA	体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 動脈クリップ (MR対応型・非対応型) 手術年月 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 血管内ステント 手術年月 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節・固定用金属 <input type="checkbox"/> その他	既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 腎不全・腎機能低下・透析 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 造影剤の種類または検査名 ( ) (有・無) <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー 薬品名 ( )	<input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 インシュリン治療 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞

医療法人社団 吉徳会

改訂

2022年7月

あさぎり病院 地域連携室 TEL & FAX 078-912-7574