

主治医の先生方へ 造影検査前の腎機能検査についてのお願い

造影剤腎症とは造影剤投与によって生ずる腎障害のことで、多くは可逆的な機能障害ですが、時として不可逆的な腎不全に陥るケースもあります。患者様にとって安全な検査を行うためには、可能な限り造影剤腎症の発生を予防しなければなりません。したがって、腎機能低下を有する可能性がある患者様の場合には、造影剤腎症を予防するために、造影検査前に腎機能を把握しておく必要があります。

先生方には以前より血清クレアチニン値測定についてご協力を頂いておりましたが、2012 年に発信された腎障害患者におけるヨード造影剤使用に関するガイドラインでは、造影剤による腎症を予防するために検査前後に補液などの十分な予防策をとることが推奨されています。当院においてもそれに従い、造影剤腎症を予防するための対策として造影剤の減量、補液などを行っております（下記）。

つきましては、造影検査予定の患者様の場合は全例で腎機能検査（クレアチニン値測定）をお願いいたします。

ご多忙とは存じますが、安全な検査のため何卒ご協力のほど宜しくお願い致します。

記

当院での造影剤腎症予防対策

対象：eGFR が 50 ml/min/1.73 m²未満の患者

予防策：造影 CT 検査前に生食 500ml を点滴投与

造影 CT 検査後に生食 500ml を点滴投与

診断能を保つ範囲で投与造影剤量を減ずる。

対象：eGFR が 50 ml/min/1.73 m²以上 55 ml/min/1.73 m²未満の患者

予防策：造影 CT 検査前に生食 500ml を点滴投与

診断能を保つ範囲で投与造影剤量を減ずる。

対象：eGFR が 55 ml/min/1.73 m²以上の患者

予防策：経口での十分な水分摂取を勧める

*腎機能低下が高度の場合は造影検査を実施しません。

造影剤検査問診票・同意書

西暦 年 月 日 氏 名：

生年月日： 年 月 日 性別 男・女

次のあてはまるものに ○ や 文字 を記入してください。

- 問 1 造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。
（C T ・ M R I ・ 血管造影 ・ 腎臓検査 ・ 胆嚢検査など） [なし・あり]
- 問 2 検査はいつごろでしたか。 [年 月 日 ・ 不明]
- 問 3 そのとき副作用はありましたか。 [なし・あり]
副作用の症状 [吐き気・顔や体のほてり感・じんましん・息苦しさ・その他]
(その他の内容)
- 問 4 喘息といわれたことはありますか。 [なし・あり]
- 問 5 アレルギー性体質・アレルギー性の病気がありますか。 [なし・あり]
内容 [薬・食物によるアレルギー・アトピー体質・アレルギー性鼻炎・その他]
(その他の内容)
- 問 6 けいれん・てんかん発作をおこしたことはありますか。 [なし・あり]
- 問 7 今までに、次の病気にかかれたことがありますか。 [なし・あり]
[高血圧・動脈硬化・糖尿病・甲状腺疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病・褐色細胞腫]
- 問 8 現在糖尿病のお薬を飲んでおられる方はお薬手帳をお見せ下さい。
また、以下に該当薬剤があれば○、該当薬がなければお薬名を記入してください。
ネルビス・メトホルミン・メトリオン・ジベトス・ブホルミン・ジベトン S ・メタクト・
グリコラン・メデット・メトグルコ・その他【
※ ヨード剤検査の場合：塩酸メトホルミン（グリコラン・メデット・メルビン）は検査前 4 8 時間・
検査後 4 8 時間内服を中止する [乳酸アシドーシス発現のリスク]

《女性の方へ》

- 問 9 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。 [なし・あり]
- 問 1 0 授乳中ですか。 [いいえ・はい]

検査に対して医師から検査内容・造影剤の副作用の説明を受けました。
造影剤の使用に同意します。

西暦 年 月 日 同意署名 続柄

【紹介医療機関の先生へ】
画像診断オープンシステム添付文書に該当の方は、最近の血清クレアチニン値をご記入ください。

血清クレアチニン値 mg/dl

【鳥取赤十字病院確認欄】
造影剤使用の可否 [使用する・使用しない] 患者 ID

留意事項：

西暦 年 月 日 放射線科医師：

実施月日	検査項目	問診票記入時以降の変化	ルート確保	副作用	指導事項（サイン）
西暦 年 月 日	C T ・ M R ・ R I 血管造影・腎尿路 その他（ ） 体 重（ kg） 身 長（ cm）	喘息の治療（ ） アレルギー（ ） DM の治療（ ） そ の 他（ ） サイン	サイン	無 有 【 】	□遅発副作用について □飲水について （ ）