

造影 CT・造影 MRI を依頼される先生方へ

- 造影検査を依頼される患者様すべてにおいて検査内容の説明を行った上、同意書に署名を必ず患者様本人またはご家族（代理者）から頂いて下さい。
- 検査当日は署名していただいた同意書を必ずご持参下さい。
 - 同意書をご持参いただかないと造影検査が受けられないことをご説明お願い致します。
- 同意書には依頼される先生の自筆の署名をお願い致します。
 - ご署名が無い場合には造影検査を中止することがありますのでご了承下さい。
- 造影検査に関して当日の状態により当院医師の判断により中止することがありますのでその際はご連絡させていただきます。

※ヨード造影剤：ガドリニウム造影剤使用に関して以下のようになっております

CT 造影検査

ヨード造影剤（禁忌・原則禁忌）項目

禁忌：

- ・ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴のある患者
- ・重篤な甲状腺疾患のある患者

原則禁忌：

- ・一般状態の極度に悪い患者
- ・気管支喘息
- ・重篤な心障害
- ・重篤な肝障害
- ・テタニー
- ・重篤な腎障害
- ・急性膵炎
- ・マクログロブリン血漿
- ・多発性骨髄腫
- ・褐色細胞腫

MRI 造影検査

ガドリウム系造影剤（禁忌・原則禁忌）項目

禁忌：

- ・ガドリウム系造影剤に対し過敏症の既往歴のある患者

原則禁忌：

- ・一般状態の極度に悪い患者
- ・気管支喘息
- ・重篤な肝障害
- ・重篤な腎障害

患者様への検査説明と同意のない場合は造影剤を使用することができませんのでご了承下さい。

※検査当日は造影検査の間診票と同意書を必ずお持ちくださいます様、ご説明宜しくお願い致します。

医療法人 埼玉成恵会病院

〒355-0072

住所 埼玉県東松山市石橋 1721

TEL 0493-23-1221

FAX 0493-23-1220 （病診連携室）

ヨード造影剤との併用注意の薬剤について

(ビクアナイド系糖尿病薬)

ビクアナイド系糖尿病薬とヨード造影剤は、併用により乳酸アシドーシスをきたすことがあるため併用注意とされています。

ビクアナイド系糖尿病薬は主に肝臓での乳酸からの糖新生を抑制することで血糖を低下させますがその結果乳酸が増加します。**腎障害がある場合には排泄が遅延**し、過量投与と同じような状態となるため、乳酸アシドーシスの発現に注意する必要があります。ヨード造影剤の投与により**腎機能が低下**した場合にもビクアナイド系糖尿病薬の腎排泄が減少して乳酸アシドーシスが発現すると考えられています。そのため、**患者様に治療薬の服用を一時的に中止していただく必要があります。**

現在、当院で使用中のヨード造影剤

- 1、 **イオパミロン、オムニパーク、オイパロミン (CT に使用する造影剤)**
- 2、 **オムニパーク 240 (ミエロ・ブロック・椎間板造影などに使用)**
- 3、 **ガストログラフィン (消化管などに使用)**
- 4、 **ウログラフィン (関節造影など)**
- 5、 **オムニパーク 100ml (DIP)**

ビクアナイド系糖尿病薬の服用中止について

腎機能・血清クレアチニン値	正常	異常
造影検査前	検査前より服用中止	検査前 48 時間服用中止
造影検査後	検査後 48 時間服用中止	検査後 48 時間服用中止

但し、腎機能（血清クレアチニン値）が正常範囲内または悪化していない場合に再開可能

(施設によって、腎機能（血清クレアチニン値）が正常範囲内であっても**検査前・検査後の両方**を服用中止にしている施設もあります。)

ビクアナイド系糖尿病薬

メタクト配合錠 LD、メタクト配合錠 HD、メトグルコ錠 250mg、グリコラン錠 250mg

メデット錠 250mg、ネルビス錠 250mg、メトホルミン塩酸塩錠 250mg (トーフ)

メトリオン錠 250、ジベスト錠 50mg、ジベトン S 腸溶錠 50mg、メルビン錠 250mg

CT検査依頼票

紹介先医療機関

埼玉成恵会病院 TEL 0493-23-1221 FAX 0493-23-1220(病診連携室)

年 月 日

紹介元医療機関名

医師名

住所

TEL

FAX

Mail

検査日時 年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名 性別 男 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 歳

住所

電話【日中連絡が取れる番号】

検査部位 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 脊椎()

その他()

具体的な器官名及び知りたい事項

撮影方法 単純 単純+造影 ダイナミック

※造影剤使用時の必要となります。

直近 3 ヶ月以内(できれば検査直前)の血清クレアチニン値をご記入ください。 **クレアチニン** mg/dl

造影 CT 検査問診票

年 月 日 患者氏名

(検査予定日 年 月 日)

検査を行うために以下の質問に はいかいいえ を ○ で囲んでください。

- 1、気管支喘息（ぜんそく） の発作を起こしたことがありますか。 はい いいえ
- 2、腎臓の機能に障害（腎不全など） があるといわれたことがありますか。 はい いいえ
- 3、甲状腺疾患 がありますか。 はい いいえ
- 4、過去に造影剤 を注射して検査を受けたことがありますか。 はい いいえ
- 5、4で（はい）と答えた方へ
検査中及び検査後に 副作用の症状 がありましたか。 はい いいえ
副作用の症状を○で囲んで下さい。（嘔吐・発疹・呼吸困難・意識障害）
その他（ ） 具体的に記入お願い致します。
- 6、アレルギーはありますか。 はい いいえ
- 7、糖尿病薬・心臓病の薬 を服用していますか。 はい いいえ
- 8、女性の方へ質問です。
妊娠または、妊娠の可能性がありますか。 はい いいえ
- ◎ （授乳中の方は造影剤投与後 48 時間は授乳できません）
- 9、現在の体重を教えてください。 (k g)
- 10、今までに下記の疾患にて治療を受けたことがありますか はい いいえ
(骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニー・褐色細胞腫)

糖尿病薬のお薬でビクアナイド系のお薬（メタクト配合錠 LD・メタクト配合錠 HD・メトグルコ錠 250mg グリコラン錠 250mg・メデット錠 250mg・ネルビス錠 250mg・メトホルミン塩酸塩錠 250mg(トーワ)メトリオン錠 250・ジベスト錠 50mg・ジベトン S 腸溶錠 50mg・メルビン錠 250mg のいずれかを服用されている方は主治医の先生にお申し出ください。

検査に際しご質問やご不明な点がありましたら主治医、または検査担当者にご相談ください。

医療法人 埼玉成恵会病院

電話番号 0493-23-1221 (代表) 画像センター CT室 内線 (1522)

CT 造影検査説明書

1、 造影検査の必要性

今回実施する検査ではヨード系造影剤を静脈注射にて行います。造影剤は全身の血管や臓器に分布し病気の有無・性質・状態をより正確に評価するために用いられるものです。

2、 造影剤の副作用

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに次のような副作用が起きることがあります。

- ① **軽い副作用**：吐き気、かゆみ、発疹などが100人に5人（5%）以下の割合で起こることがあります。
- ② **重い副作用**：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが25万人に1人（0.0004%）以下の割合で起こることがあります。（これらの副作用には治療のため入院や手術が必要な場合もあります。）
- ③ 非常にまれですが、病状、体質によってショック状態を引き起こし、死亡した報告があります。40万人につき1人（0.00025%）以下です。
- ④ 造影剤を注射したときには体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。造影剤を勢いよく注入するために血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば吸収されて心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることがありますが、非常に稀です。
- ⑤ 遅発性の副作用：副作用のほとんどが直後から30分以内ですが検査終了後1時間から数日の間に起こる場合もあります。

3、 次に該当する方は造影剤の注射ができない場合があります。

（該当する場合はお申し出下さい）

- 気管支喘息のある方
- 過去に造影剤(ヨード)アレルギーの出た方
- 腎機能が低下している方、腎臓の手術をしている方
- 甲状腺の病気等でヨードに関する制限や薬を服用されている方
- ヨードに対して過敏症の既往歴のある方
- 妊娠または妊娠の可能性のある方

➤ **（授乳中の方への注意。造影剤投与後48時間は授乳できません）**

糖尿病薬のお薬でビクアナイド系のお薬(メタクト配合錠LD・メタクト配合錠HD・メトグルコ錠250mg
グリコラン錠250mg・メデット錠250mg・ネルビス錠250mg・メトホルミン塩酸塩錠250mg(トーワ)
メトリオン錠250・ジベスト錠50mg・ジベトンS腸溶錠50mg・メルビン錠250mgのいずれか)を服用
されている方は主治医の先生にお申し出ください。

※検査の際には副作用に十分注意し、万が一、副作用が出現した場合には、注射や点滴など症状に合わせた処置を行います。

患者様の安全・安心を守るために、ヨード造影検査の問診表と同意書（別紙）にご署名をいただいております。検査に際しご質問やご不明な点がありましたら主治医、または検査担当者にご相談ください。

医療法人 埼玉成恵会病院

電話番号 0493-23-1221（代表）画像センター CT室 内線（1522）

造影検査における水分摂取についてのお願い

主治医から水分制限を受けていない患者さんは水分補給をお願いします。

造影剤をなるべく早く体外へ排泄するためにはあらかじめ水分を摂った方がよいと考えられます。

造影検査前について

造影検査前では**医師の指示がない限りは飲水をして下さい。**

造影剤を体外へ排泄するためには十分な水分が体内にあることが重要です！

脱水状態で造影剤を注入すると、副作用の誘発につながります

造影前と造影後 1 日は牛乳や乳製品を制限してください

※牛乳が胃の中で胃酸によって固まってしまうためもし嘔吐した場合、嘔吐物が気道に入って閉塞や感染を引き起こす恐れがあります。

水分は

造影検査 30 分から 1 時間前に、200～400mlの水やお茶を摂取することが副作用の低減につながります。

ご不明点があれば、下記連絡先までご連絡をお願い致します。

医療法人 埼玉成恵会病院 放射線科 TEL 0493-23-1221