

造影検査の申し込みに際してのお願い

- ・ 造影検査を受けられる患者様へ検査内容の説明をお願いします。また同意書へ患者様本人又はご家族など代理の方の署名を必ず頂いてください。
- ・ 検査当日には署名された同意書を必ず持参して患者様を来院させてください。同意書を持参されない場合は造影検査を受けられないこともお伝えください。
- ・ 検査予約表の質問事項の回答結果や検査当日の患者様の健康状態により当院医師の判断で造影検査を中止させていただくことがあります。
- ・ 造影剤使用の禁忌、原則禁忌に該当していないことをご確認ください。
造影剤使用による副作用の発症リスクのある患者様であっても診断治療上で造影検査が欠かせない場合、一定の条件を満たしていれば造影検査を実施しますが、リスクの回避、低減のため前投薬をお願いします。
(下記【造影剤使用による副作用の発症リスクが高い患者様の検査実施について】参照)
- ・ 造影剤による腎機能障害予防の観点から造影検査前に必ず血液検査による腎機能評価を行うことになりました。
安全な検査実施のため造影検査前の腎機能評価についてご理解、ご協力お願いいたします。
(下記【造影検査実施前の腎機能評価について】参照)
- ・ ビグアナイド系糖尿病薬を服用中の患者様では造影CT検査前後にビグアナイド系薬剤の一時休薬が必要です。
(下記【ビグアナイド系糖尿病薬服用中の患者様への造影検査実施について】参照)

【造影剤使用による副作用の発症リスクが高い患者様の検査実施について】

- ・ ヨード造影剤ガドリニウム造影剤の投与により急性副作用を生じるリスクの高い患者様についてはこれらの造影剤の使用が禁忌、原則禁忌となり造影検査を実施できません。

・ 造影剤副作用の重症度と症状について

軽度	嘔吐、味覚異常、頭痛、めまい、発汗、動悸、咳嗽、くしゃみ、鼻閉 体の痒み、局所性の発疹、局所性の蕁麻疹など
中等度	気管支痙攣、喘鳴、呼吸困難、全身性の発疹、全身性の蕁麻疹など
重度	ショック、アナフィラキシー症状、意識障害、痙攣、心肺停止 不整脈、肺水腫、喉頭浮腫、腎不全、皮膚粘膜眼症候群など

・ 造影CT ヨード造影剤の使用禁忌について

禁忌	ヨードまたはヨード造影剤に対して中等度以上の急性副作用、過敏症の既往がある(上記参照) 重篤な甲状腺疾患
原則禁忌	一般状態が著しく悪い場合 気管支喘息 テタニー 急性膵炎 多発性骨髄腫 マクログロブリン血症

褐色細胞腫
 重篤な心機能障害
 重篤な肝機能障害
 重篤な腎機能障害

・ **造影MRI ガドリニウム造影剤の使用禁忌について**

禁忌 ガドリニウム造影剤に対して中等度以上の急性副作用、過敏症の既往がある
 (上記参照)

原則禁忌 一般状態が著しく悪い場合
 気管支喘息
 重篤な肝機能障害
 重篤な腎機能障害

・ **前投薬を行っての造影検査の実施について**

造影剤使用による副作用の発症リスクのある患者様であっても診断治療上で造影検査が欠かせない場合、以下の例に該当すれば造影検査を実施しますが、リスクの回避、低減のため下記の経口ステロイド前投薬をお願いします。

- ・ ヨードまたはヨード造影剤に対して急性副作用、過敏症の既往があるが軽度で収まっている。
- ・ 現在も気管支喘息の治療中だが症状が消失しており5年以上、喘息発作がなく経過している。
- ・ 気管支喘息の治療終了後から5年以内、現在は無治療だが治療終了後も無症状で喘息発作がなく経過している。

該当する場合には必ず検査依頼書の該当欄への記載と前投薬の処方をお願いします。
 前投薬を服用されずに来院された場合、造影検査を実施することはできません。

経口ステロイド剤の前投薬

造影検査前日の就寝前	プレドニン錠	5mg	6錠(30mg)
造影検査当日の検査2時間前	プレドニン錠	5mg	6錠(30mg)

気管支喘息の治療終了から5年以上、無症状で喘息発作がなく経過している場合は上記の前投薬は不要です。

【造影CT：ビグアナイド系糖尿病薬服用中の患者様への造影検査実施について】

- ・ ビグアナイド系糖尿病薬とヨード造影剤の併用で乳酸アシドーシスをきたすことがあり検査前後に一時的休薬が必要です。
 造影検査前日から検査終了後48時間の休薬をお願いします。
 腎機能障害がある場合は検査2日前からの休薬と検査終了後48時間の休薬をお願いします。
- ・ 検査前からの休薬ができていない場合は当日の造影検査は中止とさせていただきます。

【造影MRI及び、造影CT検査実施前の腎機能評価について】

- ・ 造影剤による腎機能障害予防の観点から造影検査前には必ず血液検査による腎機能評価を行うことになりました。
安全な検査実施のため造影検査前の腎機能評価についてご理解、ご協力お願いいたします。
お手数ですが造影検査の申し込みに際して、必ず腎機能検査データ(eGFR値)を検査依頼書にご記入ください。
- ・ 検査予定日より3ヶ月以内のeGFR値により造影検査実施の可否を判断します。
3ヶ月以内の検査データがない場合は新たに採血検査実施をお願いします。
- ・ 検査申し込みの時点で腎機能が不明の場合は、採血検査をしていただいて検査結果を前日までに当院地域連携室へFAXしてください。(検査日前日が休日の場合はその前の通常診療日までをお願いします。)
- ・ 検査施行までに腎機能が不明の場合、造影検査は実施できません。

eGFR値による造影検査実施の可否についての判断基準

eGFR 45以上	→ 造影検査は実施可能です。
eGFR 30～45未満	→ 造影剤を用いない検査への変更ができないか検討してください。 (単純CT、単純MRI、超音波検査) ・ 造影検査を実施する場合は検査前後に十分な水分補給をさせてください。 ・ 造影検査実施の際には投与する造影剤の減量を行います。 または造影検査終了後に生理食塩水(250ml)の点滴を行います。
eGFR 30未満	→ 造影検査は実施できません(禁忌)

造影剤を使用する画像検査の申し込みに迷われる場合は患者様に当院へ受診していただき患者様と相談の上で造影剤検査を申し込むことも可能です。直接検査を依頼されるより、検査の日程は遅くなりますがご了承くださいませようお願いします。

診療情報提供書（造影MRI検査依頼書）^⑤造影MRI・CT検査依頼書

あさぎり病院担当医宛

患者様の状況；外来待機中 帰宅

下記内容にてMRI検査を依頼します。

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			AM・PM	時	分	より	
氏名		男・女					
旧姓		第二希望	検査日時	年	月	日	（曜日）
生年月日			AM・PM	時	分	より	
現住所		紹介元医療機関名					
TEL		医師名					
携帯		TEL					
あさぎり病院受診歴		FAX					
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
【臨床診断】					【検査データ】		
					<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要		
【検査目的】					<input type="checkbox"/> FAXでの読影レポートも希望する		
【撮像部位にチェックしてください】						【検査法】	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢（ ） <input type="checkbox"/> 眼窩部 <input type="checkbox"/> 頸椎（右・左） <input type="checkbox"/> 内耳道周辺 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 下肢MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> その他（ ）						<input type="checkbox"/> ガドリニウム造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+ガドリニウム造影	
【確認事項】							
・腎機能 eGFR（ ）							
【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）】							
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"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 腎不全・腎機能低下・透析 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 造影剤の種類または検査名 <input type="checkbox"/> インシュリン治療 （ ） （有・無） <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 緑内障 薬品名 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 （ ） <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞			