

表紙の言葉

ホスピタル・スノーふれあいフェスティバルの写真です。
札幌雪まつりに合わせて、毎年ボランティアの皆さんにより制作しております。
冬の夜の白銀に灯される明かりは、大変神秘的で幻想的な心に残る美しさでした。

ボランティア
コーディネーター
向井 和恵



ヨード造影剤を使用する検査に伴う ビグアナイド系糖尿病薬の休薬について

市立札幌病院医療安全推進室

市立札幌病院では、ヨード造影剤を使用する検査（造影剤を使用するCTや尿路造影検査など）を受けられる患者さんに、検査に際してビグアナイド系糖尿病薬の休薬をお願いしております。

過日、発表された、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2012（日本腎臓学会、日本医学放射線学会、日本循環器学会共同編集、2012年4月）の報告を受けて、ビグアナイド系糖尿病薬とヨード造影剤の併用による乳酸アシドーシスの危険性を回避するために、ヨード造影剤を使用する検査に際して休薬をお願いしております。

休薬期間は、ヨード造影剤使用の前後それぞれ最低48時間（計96時間）とし、当院へ検査依頼を申し込まれる際には、別紙同意書を用いて、事前の患者さんへの説明と同意書の取得をお願い致します。尚、緊急時に限り、ヨード造影剤とビグアナイド系糖尿病薬を併用することがありますが、原則、検査当日を含む検査前2日間の休薬が確認できない場合には、検査予約を変更させて頂くこともあります。ご理解のほどよろしくお願い致します。

ヨード造影剤を使用する検査に伴うビグアナイド系糖尿病薬の休薬について

今回の検査ではヨード造影剤を使用いたします。造影剤を使用することで、腎臓の状態をより正確に明らかにし、今後の治療に役立ちます。
現在内服されています。ビグアナイド系糖尿病薬は、ヨード造影剤を使用することにより、まれに乳酸アシドーシスという副作用を生じる可能性があります。このため検査2日前と検査後2日間の休薬期間が必要です。該当薬について、以下の期間が休薬を必要と致します。
休薬期間中に何らかの自覚症状が出現した場合には、すみやかにかかりつけの病院へご連絡、あるいは受診して頂きますようお願い致します。
また内服再開日については、病状によって変更する場合がありますので、ご了承ください。

休薬する内服薬名 _____

休薬期間 : ____年 ____月 ____日 から ____年 ____月 ____日

内服再開日 : ____年 ____月 ____日

説明日：平成 ____年 ____月 ____日

説明者：病院名 _____ 診療科名 _____ 科 _____

担当医(署名または記名・捺印) _____ 印 _____

同意書

私は、上記に関して説明を受け、検査に伴う休薬の必要性やその説明内容を理解し、病状により休薬期間の変更が有り得ることを理解しましたので、休薬することに同意いたします。

同意日：平成 ____年 ____月 ____日

患者または代諾者(候補) (署名または記名・捺印) _____ 印 _____

市立札幌病院 放射線診断科医師 肥後 潤 (患者様はこの欄は記載しないでください)

同意書締結日：平成 ____年 ____月 ____日

同意書締結医師署名： _____

市立札幌病院

ビグアナイド系薬剤一覧表

2012年7月1日 市立札幌病院 薬剤部作成

成分名	医薬品名	識別コード(本体)	製剤写真(本体(表・裏)・包装)
メトホルミン塩酸塩	メトグルコ錠250mg (直読型再読)	05 271:250	
	グリコラン錠250mg	302	
	メドット錠250mg	731	
	ネルビス錠250mg	Sc 319	
	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	Tw 720	
	メトホルミン塩酸塩錠250mg「JG」	JG F25	
	メトリアン錠250	ME	
ピオグリタゾン塩酸塩・メトホルミン塩酸塩配合錠	メタクト配合錠L	321:15/500	
	メタクト配合錠H	322:30/500	
ブホルミン塩酸塩	ジベトス錠50mg	NN 113	
	ジベトス緩溶錠50mg	(なし)	

【参考資料】 保険薬事典(遠藤舎社) SAFE-DI(WEB: <http://www.safe-di.jp/>)

市立札幌病院ホームページもご利用ください。 <http://www.city.sapporo.jp/hospital/>



編集・発行

市立札幌病院 地域連携センター運営委員会
(事務局：札幌市病院局 地域連携センター)
〒060-8604 札幌市中央区北11条西13丁目
電話 代表 (011) 726-2211
FAX (011) 726-7928

