

令和2年10月28日

病診連携医療機関御中

小川赤十字病院
放射線科部長 平田 壽
放射線技師長 小林 教浩
患者サポートセンター長 宇田川洋子

造影検査における腎機能データ記載のお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は本院に各種検査のご依頼を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、現在造影 CT 検査や造影 MRI 検査の際には造影剤同意書のご提出を頂いておりますが、今後は下記の通り、同意書のご提出とともに、紹介状への腎機能検査結果の記載をお願い申し上げます。

近年は我が国に於きましても日本医学放射線学会・日本循環器学会・日本腎臓学会により「腎障害患者における造影剤使用に関するガイドライン」に従って造影検査が行われておりますが、先日、造影検査をご依頼頂きました患者様におきまして、検査後に容態が悪化し、事前に腎機能低下が認められていたことが判明する事例がございました。

ご依頼頂きます患者様の安全な検査を実施するため、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

敬具

記

- ア、対象検査 : CT・MRI の造影検査
イ、ご記載頂きたい腎機能検査結果 : 3 か月以内の eGFR または血性クレアチニン値
※造影剤同意書のご提出も引き続きお願い致します。

	eGFR	血性クレアチニン値
実施可能	eGFR 値 \geq 60mL/min/1.73 m ²	SCr 値 \leq 1.0mg/dl
原則造影無し	eGFR 値 \leq 59mL/min/1.73 m ²	SCr 値 \geq 1.2mg/dl
造影無し	eGFR 値 \leq 45mL/min/1.73 m ²	SCr 値 \geq 1.5mg/dl

尚、腎機能検査結果が低い場合や、結果記載のない場合は単純検査のみとさせていただきますことをご承知おきください。

以上