

書類  
種別



## 検査に伴うビグアイド系糖尿病薬の休薬

患者名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検査名 : \_\_\_\_\_ 造影剤CT検査 \_\_\_\_\_

検査日 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(休薬薬剤名) \_\_\_\_\_

休薬期間 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

再開日 : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当医師 : \_\_\_\_\_

### 休薬の説明

今回の検査ではヨード造影剤を使用いたします。造影剤とは病気をより分かりやすくするために用いられる薬で、正確な診断をするためには欠くことのできない重要なものです。通常、腕などの静脈から投与します。

あなたが糖尿病の治療のために服用されている上記の薬剤は、ビグアイド系糖尿病薬とよばれており、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るため、検査の2日前からの休薬が必要です。

その一方、休薬により血糖値が上昇する可能性があります。通常3～5日間の短期間の休薬では急激な血糖値の上昇は起こりません。

該当薬について上記の期間の休薬をお願いいたします。

なお、休薬期間中に何らかの自覚症状が出現した場合には、早急に担当医にお問い合わせ、あるいは受診していただく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下さい。

### 確認書

私は、上記に関して説明を読み、検査に伴う休薬の必要性・内容を理解し、納得しましたので、休薬することを了承いたします。なお、場合によっては医学上の必要から休薬期間の変更がありうることも承知しました。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人氏名 : \_\_\_\_\_

家族氏名 : \_\_\_\_\_