

# 腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧 (2015改訂25版)

CCrで表示している添付文書における血清クレアチニン値測定法は多くがJaffe法によるものであるため、CCr≠GFRと考えてよいものが多い。そのため本表ではGFRまたはCCrと表記されているが多くの薬剤の添付文書のCCr表示と同様に考えてよい。また殺細胞性の抗がん薬は腎機能低下者の忍容性が低下していることが多いので、投与する場合は注意を要する。

入力日	分類	TDM	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量		GFRまたはCCr(mL/min)						HD(血液透析) PD(腹膜透析)
			一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	>10	
									中等度腎障害			重度腎障害			末期腎不全		
14.12.08	S-HT1B/1D 受容体作動型片頭痛治療薬		リザリプタン	安息香酸塩	1	マクサルト錠/RPD錠	×	禁	1回10mg 1日最大20mg	腎機能正常者と同じ						AUCが上昇するため禁忌	
14.12.08	帯状疱疹後神経痛治療薬		プレガバリン		2	リカカプセル	○	禁	初期量1回75mgを1日2回、1日300mgまで漸増(最高600mg/日)	初期量75mg分1-3 維持量150-300mg分1-2	初期量25-50mg分1-2 維持量75-150mg分1-2	添付文書では初期量25mg分1 維持量25-75mg分1 HD後の補充用量は投与量により25~150mgをHD後に補充 PDでは初期量25mg分1、維持量25-75mg分1になっているが25mg/日/回投与を推奨する(最大50mg)。	添付文書では初期量25mg分1、維持量25-75mg分1になっているが25mg/日/回投与を推奨する(50mg/日投与が必要時はより慎重に)。				
14.12.08	抗リウマチ薬(DMARDs)		アクトリット		3	モーバー錠	○	○	1回100mgを1日3回	25%に減量または100mgを1日1回						ほぼ100%尿中排泄されるが薬物動態情報はほとんどないため避けたい方がよい	
14.12.08			オーラノフィン		4	リドーラ錠	×	禁	1回3mgを1日2回	投与禁忌							
14.12.08			ブシラミン		5	リマチル錠	○	禁	1回100mgを1日2回	ネフローゼ症候群等の重篤な腎障害を起こすおそれがあるため禁忌						腎機能の廃絶した透析患者の用量は1回100mgを週3回HD後	
14.12.08			ベニシラミン		6	メタルカプターゼカプセル	×	禁	1回100mgを1日1-3回食前空腹時 最大600mg/日	腎障害を起こすおそれがあるため禁忌						50mg/日でも無顆粒粒症の報告があるため避ける	
14.12.08		●	トレキソサート		7	リウマトレックスカプセル	×	禁	間節リウマチ:6mg/週で投与開始し、4~8週間経過しても効果不十分であれば8~16mg/週まで増量し、1週間当たりの投与量を1~3回に分けて、12時間間隔で1~2日間かけて経口投与する。 GFR<60mL/minの場合は低用量から開始し、最初から薬物の併用が望ましい(間節リウマチ治療におけるトレキソサート診療ガイドライン、日本リウマチ学会2010)。	間節リウマチ:低用量から開始し、最初から薬物の併用が望ましい(間節リウマチ治療におけるトレキソサート診療ガイドライン、日本リウマチ学会2010)。	禁忌(間節リウマチ治療におけるトレキソサート診療ガイドライン、日本リウマチ学会2010)。				禁忌		
14.12.08	高尿酸血症治療薬		アプロピノール		8	アロシトール錠/ザイロリック錠	○	○	200-300mg分2-3(食後)	100mg分1。ただしこの用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い						50mg分1。ただしこの用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い	HD患者では100mg/週3回HD後、CAPD患者では50mg分1。ただしこの用量では適正な尿酸値にコントロールできない場合が多い
14.12.08	痛風治療薬		コルヒチン		9	コルヒチン錠	×	禁	3-4mg 分6-8 発症予防0.5-1mg/日 発作時0.5-1mg/日 発症予防の継続には通常、成人にはコルヒチンとして1日1.8mgまで	連続投与は推奨できない。腎障害が認められるCYP3A4阻害薬(アザナブリン、クラリスロマイシン、インジナビル、イトラコナゾール、ネルフィナビル、リナピビル、サキナビル、ダルナビル、アスロマイシン、デパレブリン、コンスタット)と、P-gp阻害薬(ククロスロリン)併用患者は禁忌							
14.12.08	ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤		ミダゾラム		10	ドルミカム注	×	○	適量	腎機能正常者と同じ						活性代謝物が蓄積するため50%に減量	
14.12.08			ミダゾラム		11	ミダフレッサ静注	○	○	(1) 静脈内投与:0.15mg/kgを1mg/分を目安に投与。必要に応じて0.1~0.3mg/kgの範囲で追加投与するが、初回追加投与の総量は30.6mg/kgを超えないこと。 (2) 持続静脈内投与:0.1mg/kg/時より開始し、必要に応じて0.05~0.1mg/kg/時ずつ増量する。最大投与量は0.4mg/kg/時まで。	腎機能正常者と同じ						活性代謝物が蓄積するため50%に減量	
14.12.23	定型抗精神病薬		スルピリド		12	ドグマチール錠/カプセル	○	○	150-600mg分3	30-300mg分3						25mg分1 25mg分1 HD患者では透析日は透析後	
14.12.23			スルピリド		13	ドグマチール筋注	○	○	総合失調症に対し1回100-200mgを筋内注射	尿中排泄率が90%以上と高いため、初回量の減量の必要はないが連続投与する場合には投与間隔を腎機能に応じておける。末期腎不全では17-10日間隔で投与する							
14.12.23	非定型抗精神病薬		ハリパリドン		14	インヴェガ錠	×	○	6mgを1日1回朝食後から開始 12mg/日まで増量可能	本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがあるため禁忌							
14.12.23			ハリパリドンバルミチン酸エステル		15	ゼプリオン水懸注射液/シリンジ	×	○	初回150mg、1週間後に2回目100mgを三角筋内に投与。その後は、4週に1回、75mgを三角筋又は臀部筋内に投与し、患者の状態により25mg~150mgの範囲で投与するが、増量は1回50mgまで。CCr50-80mL/分未満には初回100mg、1週後に2回目75mgを三角筋内に投与する。その後は4週に1回、ハリパリドンとして50mgを三角筋又は臀部筋内に投与する。患者の症状及び忍容性に応じて25mg-100mgの範囲で投与するが、増量は1回25mgまで。	中等度から重度の腎機能障害患者(CCr50mL/分未満)では本剤の排泄が遅延し血中濃度が上昇するおそれがあるため禁忌							
14.12.23			リスパリドン		16	リスパダール錠/OD錠	×	○	1回1mg 1日2回より開始。徐々に増量し、維持量2-6mgとし、最大12mg 分2	活性代謝物が蓄積するため、初回1mg分2とし、維持量2-6mgとし、最大6mg分2まで							
14.12.23		リスパリドン		17	リスパダールコンスタット筋注	×	○	1回25mgを2週間隔で臀部筋内投与する。その後、症状により適宜増減するが、1回量は50mgを超えないこと	活性代謝物が蓄積するため、初回25mg投与し2週間以降は1/2に減量する。その後、症状により適宜増減するが、1回量は25mgを超えないこと								
14.12.23	抗うつ薬(SNRI)		デュロキセチン		18	サインバルタカプセル	×	○	20-60mgを1日1回朝食後	中等度腎障害では薬物動態に変化が認められなかったため減量は不要(Lobo ED, et al: Clin Pharmacokinetics 49: 311-321, 2010)						ほとんど尿中排泄されず、半減期も延長しないものの、CCr30mL/min未満でAUC、Cmaxが約2倍に上昇するため禁忌	
14.12.23	抗うつ薬(NaSSA)		ミルタザピン		19	レモソン錠/リフレックス錠	×	○	1日15mgを初期用量とし、15-30mgを1日1回就寝前に経口投与 最大45mg	本剤のCLが低下する可能性があるため2/3に減量						本剤のCLが低下する可能性があるため1/2に減量 本剤のCLが低下する可能性があるため1/2に減量 (Pharmacopsychiatry, 41: 259-260, 2008)	
14.12.23	気分安定薬	●	炭酸リチウム		20	リーマス錠	○	禁	400-1,200mg/日 分2-3	50-75%に減量(腎障害ではリチウムが体内貯留しやすいため禁忌)						25-50%に減量 1回600mgを週3回透析後という報告あり(Am J Psychiatry 167:1409-1410, 2010)(腎障害ではリチウムが体内貯留しやすいため禁忌)	
14.12.23	抗てんかん薬		●	ガバペンチン		21	ガバペン錠	○	○	初日1日量600mg、2日目1日量1200mgをそれぞれ3回に分けて経口投与、3日目以降は、維持量として1日量1200mg-1800mgを3回に分けて経口投与(1日最高投与量は2400mg)	初日1回200mgを1日1回、維持量1日1回300mg-400mgを1日1回(最高500mg)	初日1回200mgを1日1回、維持量1日1回200mgまたは1日1回300mg(最高200mg/日)	初日1回200mgを1日1回、維持量1日1回200mg、HD患者ではGFR<15mL/minに準じて				
14.12.23			●	レベチラセタム		22	イーケブラ錠	○	○	1回500mgを1日2回(最大1500mgを1日2回) 1回500mgを1日2回(最大1500mgを1日2回)	CCr50-79mL/min:1回500mgを1日2回(最大1000mgを1日2回) CCr40-49mL/min:1回250mgを1日2回(最大750mgを1日2回)	1回250mgを1日2回(最大1回500mgを1日2回)	1回500mgを1日1回(最大1回1000mgを1日1回)、HD患者はHD後に250mgを補充				
14.12.23			●	イーケブラドロソップ50%		23	イーケブラドロソップ50%	○	○	1日1000mg(ドロソップとして2g)を1日2回に分けて用時経口投与する。症状により1日3000mg(ドロソップとして6g)を超えない範囲で適宜増減するが、増量は2週間以上の間隔をあけて1日用量として1000mg(ドロソップとして2g)以下ずつ行う。CCr50-79mL/min:1回500mgを1日2回(最大1回1500mgを1日2回)	CCr50-79mL/min:1回500mgを1日2回(最大1回1000mgを1日2回) CCr40-49mL/min:1回250mgを1日2回(最大1回750mgを1日2回)	1回250mgを1日2回(最大1回500mgを1日2回)	1回500mgを1日1回(最大1回1000mgを1日1回)、HD患者はHD後に250mgを補充				
14.12.23	抗パーキンソン病薬		ブライマベキソール塩酸塩水和物		24	シンメレル錠	×	禁	1回100mgを2-3回に分けて経口投与	1回100mgを2-3回 分毎						1回50-100mg/日 毎	禁忌
14.12.23			ブライマベキソール塩酸塩水和物		25	ビシフロール錠	×	○	初回1日投与量0.125mg×2回 最大1.5mg×3回	初回1日投与量0.125mg×2回 最大1日量2.25mg(1.125mg×2回)						初回1日投与量0.125mg×2回 最大1日量1.5mg(1.5mg×1回)	十分な使用経験がないので、状態を観察しながら慎重に投与
14.12.23			ブライマベキソール塩酸塩水和物		26	ミラベックスLA錠	×	禁	1日1回食後。維持量は1.5-4.5mg/日であるが、1日量0.375mgから始めて経過を見ながら維持量まで漸増	50>CCr≧30mL/minでは治療開始1週間0.375mgを隔日投与し、その後は1日1回投与。最大2.25mg/日						CCr<30mL/minでは状態を観察しながら速効錠であるビシフロール錠0.125mg、0.2mgを慎重に投与する	
14.12.23			ジスチグミン臭化物		27	ウブレチド錠	不明	○	5-20mgを分1-4、少量から開始	2.5-10mg/分1						2.5-5mg/分1	

入力日	分類	TDM	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量							GFRまたはCCR(ml/min)			HD(血液透析) PD(腹膜透析)		
			一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	中等度腎障害	重度腎障害		末期腎不全	
14.12.23	自律神経用薬		ネオスチグミンメチル硫酸塩	28	ワゴスチグミン注		○		重症筋無力症、クラーレ剤(ツボクラーリン)による遅延性呼吸抑制、腸管麻痺、排尿困難に140.25~1.0mgを1日1~3回皮下又は筋肉内注射。非脱分極性筋弛緩剤の作用の拮抗には1回0.5~2.0mgを緩徐に静脈内注射	50%に減量							25%に減量				
14.12.23			ピリドスチグミン臭化物	29	メスチン錠		不明		180mg 分3									腎障害(腎機能不明)で半減期は約3.4倍に延長し、CL値は約1/4に減少するため慎重投与			
14.12.23	脳循環代謝改善薬		チアブライド塩酸塩	30	グラマリール錠		△		75-150mg分3									50-75mg分2-3	25-50mg分1		
14.12.23	アルツハイマー型認知症治療薬		メマンチン塩酸塩	31	メマリ錠		×		1日1回5mgから開始し、1週間に5mgずつ増量し、維持量として1日1回20mg									維持量1日1回10-20mg	維持量1日1回10mg	維持量1日1回10mgまで	
14.12.23	ミオクローヌス治療薬		ピラセタム	32	ミオカム内服液		○	禁	1回12mL(ピラセタムとして4g)を1日3回、3-4日間経口投与。その後病態に合わせて、1回3mL(1g)ずつ1日3回の割合で3-4日ごとに増量し、至適用量を決定。最高量は1回21mL(7g)1日3回まで								40<CCR<60mL/min 通常量の1/2 20<CCR<40mL/min 通常量の1/4 CCR<20mL/min:禁忌		禁忌		
14.12.23	経口脊髄小脳変性症治療薬		タルチレリン水和物	33	セレジスト錠・OD錠		×		10mgを分2									重度の腎機能障害患者1名で血漿中濃度が約4.2倍上昇したことがあるため慎重投与			
14.12.23	強心配糖体		● ジゴキシン	34	ジゴキシンKY錠 ハーブジゴキシンKY錠 ジゴキシン錠		×		0.25-0.5 mg 分1									0.125 mg 24hr 毎	0.125 mg 48hr 毎	0.125 mg 週 3-4 回	
14.12.23			● メチルジゴキシン	36	ララビッド錠		×		0.05-0.1 mg 分1									0.09mg 24hr 毎	0.025-0.05mg 24-48hr 毎	0.05 mg 週 3-4 回	
14.12.23			● デスラノシド	37	ジギラノゲン注		×		初回0.4-0.6mgを2-4hr毎に静注・筋注し、飽和、維持投与は0.2-0.3mgを2-4hr毎に静注・筋注											減量の必要はあるが、薬物動態が解明されていないため不明。	
14.12.23			● オルブリン塩酸塩水和物	38	コアテック注・SB注		不明		初回10µg/kg/5min 引き続き0.1-0.3µg/kg/min 最高0.4µg/kg/min										1/3-1/2に減量	1/3に減量	
14.12.23	強心薬		● ミルリノン	39	ミルリラ注		○		50µg/kgを10minかけて静注後、0.5µg/kg/minで点滴。0.25-0.75µg/kg/minの範囲で増減。点滴静注から開始しても可。48hrを超えて投与するときは慎重投与。										腎機能に応じて10-50%に減量	0.25µg/kg/minから開始	
14.12.23	β遮断薬		● アラノロール	40	テノミン錠		○		1日25-100 mgを分1									CCR30 mL/min未満の場合投与間隔を延ばす	25 mg 透析後(週3回)CAPDでは25 mgを週3回		
14.12.29	ループ利尿薬		● フロセミド	41	ランックス注100mg		○		1回20-500mg(1日最大1000mg)									腎排泄性であり血清濃度が50 µg/mL以上で聴覚障害が起こる可能性があるため、注射薬では7.5mg/kgを超えないようにする	腎機能正常者と同じが無尿の場合禁忌		
14.12.29	その他の利尿薬		● アセタゾラミド	42	ダイアモックス錠・末		×	禁	125-1,000 mg 分1-4									1回125mgを1日2回-1回250 mgを1日2回	1回125mgを1日1-2回	125 mg 分1	125 mg 週3回、ただし無尿、急性腎不全の患者には禁忌
14.12.29			● ダイアモックス注射液	43	ダイアモックス注射液		×	禁	250-1,000 mg/日(適応症により異なる)												
14.12.29	肺高血圧症治療薬		● タダラフィル	44	アドシルカ錠		×	禁	40mgを1日1回									CCR30-49mL/min: 20mgを1日1回	血中濃度が上昇すること、使用経験が限られていること及び透析によるCLの促進は期待されないため禁忌		
14.12.29	抗不整脈薬I a群		● ジンピラミド	45	リスモガンカプセル		△	個人差あり	300 mg 分3									150-200 mg (20 ≤CCR<50mL/min) 分1-2	100mg (CCR<20mL/min) 分1	100 mg 分1	
14.12.29			● ジンピラミドリン酸塩	46	リスモガン R (徐放)		禁		300 mg 分2										徐放性製剤のため用量調節できないので使用を推奨しない	重篤な腎機能障害患者は禁忌(腎排泄で徐放性製剤のため適さない)	
14.12.29			● シベンゾリンコハク酸塩	48	シベンノール錠		×	禁	1日300mgより投与をせはじめ、効果が不十分な場合には450mgまで増量し、1日3回に分けて経口投与									50 mgを1日1-2回	50 mg 分1	25 mg 分1	低血糖などの重篤な副作用を起こしやすいため禁忌
14.12.29			● シベンノール静注	49	シベンノール静注		○		1回1.4mg/kg										適宜減量		
14.12.29	抗不整脈薬III群		● プロカインアミド塩酸塩	50	アマサン錠		○		1回0.25-0.5 g 3-6hr 毎									1回0.25-0.5g 12hr 毎	1回0.25-0.5g 12-24hr 毎		
14.12.29			● アマサン注	51	アマサン注		○		100-200mgを1分間に50-100mgの速度で静注(注入総量1,000mgまで)									1回200-400mgを12hr 毎	1回200-400mgを12-24hr 毎		
14.12.29	抗不整脈薬I c群		● サンリズムカプセル	52	サンリズムカプセル		△	20%	150-225mgを分3									50 mg 分1	25mg分1	1回25mgを48hr 毎	1回25mgを48hr 毎より開始
14.12.29			● ビルシカイコド塩酸塩	53	サンリズム注射液		○		最大用量1.0mg/kg										適宜減量		
14.12.29	抗不整脈薬III群		● ソタロール塩酸塩	54	ソタロール錠		○	禁	80-320mgを分2									1/3-2/3に減量	CCR<10mL/minでは腎臓から排泄されるため、血中濃度が高くなることにより、重篤な副作用が発現するおそれがあるため禁忌		
14.12.29	フィブラート系薬剤		● フェノフィブラート	55	トライコア錠/リビディル錠		×	○	フェノフィブラート(微粉化したもの)として1日1回106.6mg~160mgを食後経口投与(最高201mg/日)									腎障害では原則禁忌、血清Cr値2.5mg/dL以上で禁忌	禁忌		
14.12.29			● ベザフィブラート	56	ベザトールSR錠		×	○	200-400 mg 分2									200mg分1-2、血清Cr 2.0 mg/dL以上は禁忌	禁忌		
14.12.29	第2世代抗ヒスタミン薬		● フェキソフェナジン塩酸塩、塩酸ソフィドエドリン配合剤	57	ディレグら配合錠		×		1回2錠(フェキソフェナジン塩酸塩として60mg及び塩酸ソフィドエドリンとして120mg)を1日2回									ブゾイドフェドリンの尿中未変化体排泄率のデータに幅があるため、至適投与量が定めにくい。1回1錠を1日1-2回			
14.12.29			● レボセチリジン	58	ザイザル錠		×	禁	1回5mgを1日1回、就寝前	1日2.5mgを分1								2.5mgを2日に1回	2.5mgを3-4日毎	腎機能正常者に比しAUCが1.8-5.7倍増加するためCCR<10mL/minの重篤な腎不全には禁忌	
14.12.29	H2 遮断薬		● シメチジン	59	タガメット錠		○	○	400-800 mg 分1-4									400-600 mg 分2-3	400 mg 分2	200 mg 分1または週3回400mg、HD患者はHD後	
14.12.29			● タガメット注	60	タガメット注		○		1回200mgを1日4回(6時間間隔)緩徐に静注、または1回200mgを麻酔導入1時間前に筋肉内注射									1回200mgを1日3回8時間おき	1回200mgを1日2回12時間おき	200mg 分1または週3回400mg	
14.12.29			● アンノン錠	61	アンノン錠		○		150-300 mg 分1-2										150 mg 分1	75 mg 分1	75 mg 分1または150mgを週3回、HD患者はHD後
14.12.29			● ガスター錠	62	ガスター錠		○	○	20-40 mg 分1-2										20 mg 分1-2	10 mg 分1	10 mg 分1、HDでは20mgを週3回HD後でも可
14.12.29		● ガスター注	63	ガスター注		○		1回20mgを1日2回(12時間間隔)緩徐に静注、点滴静注または筋注										1日20mgを分1または分2	1回5mgを1日1回	1回5mgを1日1回	1回5mgを1日1回
14.12.29	ラニチジン塩酸塩		● ゼンタック錠	64	ゼンタック錠		×	○	150-300 mg 分1-2									150 mg 分2	75 mg 分1	75 mg 分1または150mgを週3回、HD患者はHD後	
14.12.29			● ゼンタック注	65	ゼンタック注		×	○	1回50mgを1日3-4回静注、筋注、点滴、侵襲ストレスには1回100mgを1日2回で3-7日間程度。麻酔導入1時間前に1回50mgを静注又は筋注									1回50mgを1日2回静注	1回50mgを1日1回静注または100mgを週3回、HD患者はHD後		
14.12.29	ロキササジン酢酸エステル塩酸塩		● アルタットカプセル	66	アルタットカプセル		×		75-150 mg 分1-2									75 mg 分1	37.5 mg 分1	37.5 mg、分1または75 mgを週3回、HD患者はHD後	
14.12.29			● アルタット注	67	アルタット注		×		1回75mgを1日2回(12時間ごと)緩徐に静注又は点滴静注。麻酔導入1時間前に1回75mgを静注									37.5mgを1日2回	25mgを1日1回	25mgを1日1回、または75 mgを週3回、HD患者はHD後	
14.12.29	消化管運動調整薬		● 外クロプラミド	68	プリンベラン錠/注		×		1日10-30 mgを分2-3									5-20 mg 分1-2	5-15 mg 分1-2、総CLが健常者の30%に低下するとう報告がある(Eur J Clin Pharmacol 19: 437-441, 1981)		
14.12.29	経口腸管洗浄薬		● リン酸二水素Na-水和物・無水リン酸二水素Na配合錠	69	ピジクリア配合錠		不明	○	大腸内視鏡検査開始の4-6時間前から本剤を1回あたり5錠ずつ、約200mLの水とともに15分毎に計10回(計50錠)経口投与									大腸内視鏡検査開始の4-6時間前から本剤を1回あたり5錠ずつ、約200mLの水とともに15分毎に計10回(計50錠)経口投与するが、重篤な腎機能障害のある患者には禁忌	透析患者を含む重篤な腎機能障害のある患者、急性心臓腎症のある患者では吸収されたいリンの濃度が遅延し、血中リン濃度の上昇が持続するおそれがあり、腎機能障害、急性心臓腎症(腎石灰化症候)を悪化させるおそれがあるため禁忌		
14.12.29	スルホニル尿素(SU)薬		● アセトヘキサミド	70	ジミン錠		×	禁	250-1000mgを分1-2												
14.12.29			● グリクロピラミド	71	デアミンS		×	禁	125-500mgを分1-2												
14.12.29			● グリベンクラミド	72	オイグルコン錠/ダネニール錠		×	禁	1.25-10mg 分1-2											重篤な腎機能障害患者は禁忌(SU薬は腎機能が低下すると一定の臨床効果が得られないうえ、低血糖などの副作用を起こしやすいため、重篤な腎機能障害患者はインスリン治療に切り替える)	

入力日	分類	TDM	薬剤名			透折性	禁忌	腎障害	常用量		GFRまたはCCR(ml/min)							HD(血液透析) PD(腹膜透析)
			一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>		
									中等度腎障害			重度腎障害				末期腎不全		
14.12.29			グリセリド	73	アマリール錠	×	禁		維持量1-4mg 最大投与量6mg分1-2									
14.12.29			クロルプロマシド	74	アペマイド錠	×	禁		100-500mgを朝食前または食後									
14.12.29	速効型インスリン分泌促進薬		ナテグリニド	75	スターシス錠/ファスティック錠	×	禁		270-360 mg 分3, 食直前	活性代謝物が蓄積しやすいため慎重投与	活性代謝物が蓄積することによって低血糖が起こりやすいため透折を必要とするような重篤な腎機能障害のある患者には禁忌							
14.12.29			プロホルミン塩酸塩	76	ジバトス錠	○	禁		100-150mg 分2-3	CCr<70ml/minでは低血糖のみでなく乳酸アシドーシスの危険があるため禁忌								
14.12.29	ビグアナイド系			77	グリコラン錠				1日量500mgより開始し、1日2〜3回食後に分割経口投与(最大750mg)。ただし軽度腎障害にも禁忌	腎臓における本剤の排泄が減少するため腎機能障害(軽度障害も含む)には禁忌								
14.12.29			外ホルミン塩酸塩	78	トグルロ錠	○	禁		1日500mgより開始し、1日2-3回に分割して食直前又は食後に、維持量は効果を観察しながら決めるが、通常1日750-1,500mgとする(最大2250mg)	中等度以上の腎機能障害(一般的にCCr<60ml/min)では腎臓における本剤の排泄が減少するため禁忌	透析患者(腹膜透析を含む)では高い血中濃度が持続するおそれがあるため禁忌							
14.12.29	DPP-4阻害薬		アログリプチン	79	ネシーナ錠	×	禁		1日1回25mg	1日1回12.5mg	1日1回6.25mg							
14.12.29			シタグリプタニン塩酸水和物	80	ジャスピア錠 グラクティブ錠	×	禁		50-100mgを1日1回	通常投与量1日1回25mg、最大投与量1日1回50mg	通常投与量1日1回12.5mg、最大投与量1日1回25mg							
14.12.29	GLP-1アナログ製剤		エキセナチド	81	バイエック皮下注	×	禁		1回5-10μgを1日2回朝食前	1回5-10μgを1日1回	透析患者を含む重度腎機能障害のある患者では本剤の消化器系副作用による忍容性が認められていないため禁忌							
14.12.29			エキセナチド除放製剤	82	ビデュリオン皮下注	×	禁		2mgを週に1回、皮下注射	1mgを週に1回、皮下注射	透析患者を含む重度腎機能障害のある患者では本剤の消化器系副作用による忍容性が認められていないため禁忌							
14.12.29	チアゾリジン系薬・ビグアナイド系薬配合剤		ピオグリタゾン塩酸塩・外ホルミン配合剤	83	メタクト配合錠LD・HD	×	禁		1日1回1錠(ピオグリタゾン/外ホルミン塩酸塩として15mg/500mg又は30mg/500mg)を朝食後に経口投与	軽度腎障害〜透析患者で禁忌								
14.12.29	ピオグリタゾン塩酸塩・アログリプチン配合剤		ピオグリタゾン塩酸塩・アログリプチン配合剤	84	リオベル配合錠LD・HD	×	禁		1日1回1錠(アログリプチン/ピオグリタゾンとして25mg/15mg又は25mg/30mg)を朝食前又は朝食後に経口投与	重篤な腎障害には禁忌								
14.12.29			イバンドロン酸ナトリウム水和物	85	ボンビバ錠1mgシリンジ	△	3 6		1カ月に1回、1mgを静注する	CCr40-70ml/minではAUCが健常者の1.55倍上昇するため慎重投与	CCr30ml/min未満ではAUCは約3倍になる	高度の腎障害のある患者には使用経験がなく安全性が確立していないため慎重投与。						
14.12.29			エチドロン酸二ナトリウム	86	ダイドネル錠	×	禁		200-1,000 mg 分1	100-750 mg 分1								
14.12.29	ビスホスホネート製剤			87	ゾメタ点滴静注用	○			1回4mgを点滴、高Ca血症には少なくとも週間の投与間隔を明け、多発性骨髄腫による骨痛及び固形癌骨転移による骨病変では3-4週間間隔で点滴	1回3-3.5mg、ただし高Ca血症に用いる場合には1回4mg(減量の必要なし)。急性尿細管炎を避けるため、15分以上かけて静注投与すること	十分な使用経験がないので腎機能などをモニターしながら1回3mg未満を慎重投与。尿量のある症例には急性尿細管炎を避けるため、15分以上かけて静注投与すること							
14.12.29			リセドロン酸ナトリウム水和物	88	アクトネル錠/ベネット錠	×	禁		骨粗鬆症:2.5 mgを1日1回または17.5mgを1週間に1回服用法は75mgを1日1回、骨ペー જેット病:17.5mgを1日に1回服用。	CCr<30ml/min 未満では排泄遅延の危険性が強い禁忌								
15.04.06			エネキサリンナトリウム	89	クレキサン皮下注キット	×	禁		1回2000IUを、原則として12時間毎に1日2回皮下注	CCr30-50ml/minでは抗第Xa因子活性のAUCは21%上昇するため、減量が必要	CCr30未満は血中濃度が上昇し、出血の危険性が增大するおそれがあるため禁忌							
14.12.29	ヘパリン製剤			90	アリクスト皮下注	×	禁		静脈血栓塞栓症の発現リスクの高い患者における静脈血栓塞栓症の発症抑制には2.5mgを24hr毎に皮下注、急性深部静脈血栓症及び急性深部静脈血栓症の治療で常用量で出血の危険性が高い場合には体重50kg未満:3mg、体重50-100kg:4.5mg、体重100kg超:6mgを皮下注	静脈血栓塞栓症発症抑制には1mgを1日1回皮下注、2.5mgで出血の危険が高い場合1.5mg、急性深部静脈血栓症及び急性深部静脈血栓症の治療で常用量で出血の危険性が高い場合には体重50kg未満:3mg、体重50-100kg:4.5mg、体重100kg超:6mgを皮下注	静脈血栓塞栓症には1.5mgを1日1回皮下注、急性深部静脈血栓症及び急性深部静脈血栓症の治療での効果は体重50kg未満:3mg、体重50-100kg:4.5mg、体重100kg超:6mgを皮下注	腎排泄性のため血中濃度が上昇し出血のリスクが増大するため禁忌						
14.12.29			フォンダバシクサナトリウム	90	アリクスト皮下注	×	禁		1回150mgを1日2回、ただし中等度の腎障害患者、経口P-糖蛋白阻害薬(ペラバミル、タリシトマイン、エリスロマイシン、イトラコナゾール、シクロスポリン、キニン、アクリノロイニン、リナゾラム、ネルフィナピル、アロワフェン)併用患者、70歳以上の患者、消化管出血の既往のある患者では1日110mgの1日2回投与を考慮する	1回110mgを1日2回、ただし経口P-糖蛋白阻害薬併用患者には投与を避ける	腎排泄型薬物でありCCr<30ml/minでは出血の危険性が增大するため禁忌							
14.12.29			アピキサン	92	エリキウス錠	○	禁		通常1回5mgを1日2回経口投与。ただし(1)高齢者、(2)60歳以下、(3)血清クレアチニン1.5mg/dL以上のうち2つ以上が該当する患者では投与量を2.5mg/2回に減量する。	腎機能正常者に比し、CCr30-50ml/minではAUCが29%増加するため、やや減量を考慮	腎機能正常者に比し増加するため1日2.5mg/2回投与	CCr15ml/min未満には使用経験がないため禁忌						
14.12.29	Xa阻害薬		エドキサバントシル酸塩水和物	93	リクシアナ錠	×	禁		1日1回30mg	CCr30-50ml/minでは1日1回15mg	CCr20ml/min未満の患者ではAUC、半減期ともに薬2倍に延長し、静脈血栓塞栓症発症抑制効果を上回る出血のリスクを生じるおそれがあるため禁忌							
14.12.29			ダナフロイドナトリウム	94	オルガン静注	×	禁		1回1,250抗第Xa因子活性単位を12時間ごとに静脈内注射する(1日最大2,500抗第Xa因子活性単位)	血清Cr 2 mg/dL 以上の場合は減量し投与間隔を明け慎重投与	HDが必要な患者では排泄遅延により、出血を起こすおそれがあるため禁忌。また、投与中に血液透析が必要な状態に至った場合には速やかに投与を中止する。							
14.12.29			リバーロキサパン	95	イダザレルト錠	×	禁		1日1回15mg、食後投与	低体重であれば1日10mgの食後投与を考慮する。	適用について慎重に判断して1日1回10mgを食後に慎重投与	CCr<15ml/minの患者では使用経験がないため禁忌						
14.12.29	DIC治療薬		トリコボモデシムアルファ	96	リコモジュリン点滴静注	×	禁		380U/kgを分1	腎機能正常者と同じ	重篤な腎機能障害のある患者では症状に応じ適宜130U/kgに減量して投与する	HD患者には130U/kgに減量して投与すること						
14.12.29	抗血栓性末梢循環改善剤		バトロンソリン	97	デフィブラーゼ点滴静注液	×	禁		10・4・4単位(BU)を輸液で用時希釈し、隔日に1時間以上かけて点滴静注(6週間以内)。初回20単位投与することもある。	薬物動態データがほとんど不明	重篤な腎障害には禁忌							
14.12.29	脂溶性ビタミン剤		レチノールパルミチン酸エステル	98	チョロA末・錠・液	×	禁		補給目的:2-4万単位/日 治療目的:3-10万単位/日	末期腎不全患者は血中ビタミンA濃度が高いため投与しない								
14.12.29			チョロA筋注	99	チョロA筋注	×	禁		3-10万単位/日	末期腎不全患者は血中ビタミンA濃度が高いため投与しない								
14.12.29			エトレチナート	100	チガソカブセル	×	禁		1日40-50mgを2-3回に分けて2-4週間経口投与する(最大75mg/日)	腎障害のある患者では本剤の作用が増強するおそれがあるため禁忌								
14.12.29	血漿増量・体外循環濾過液		ヒドロキシエチルデンプン130000	101	ボルベン輸液	×	禁	○	持続的に静脈内投与。投与量及び投与速度は、症状に応じ適宜調節するが、1日50ml/kgを上限とする	500ml/日以下に(Renal Pharmacotherapy, 2013)	透析患者では排泄が遅延するため禁忌。							
14.12.29			ヒドロキシエチルデンプン生理食塩液	102	ザリンヘス輸液	×	禁	○	各科領域における出血多量の場合、体外循環における血液希釈として1回100-1,000mLを静脈内に注射する。体外循環における血液希釈としては、通常体重kg当り10-20mLを用いる。	500ml/日以下に(Renal Pharmacotherapy, 2013)	乏尿等を伴う腎障害又は脱水状態のある患者では腎不全を起こすおそれがあるため、禁忌							
14.12.29			ヒドロキシエチルデンプン電解質合剤	103	ヘスバンゲ輸液	×	禁	○	1回100-1,000mLを静脈内に注射する	500ml/日以下に(Renal Pharmacotherapy, 2013)	乏尿等を伴う腎障害又は脱水状態のある患者では腎不全を起こすおそれがあるため、禁忌							
14.12.29	電解質補正用剤(必ず希釈して使用すること)		塩化カリウム	104	KCL補正液	○	禁		Kイオン濃度40mEq/L以下に希釈し、投与速度はKイオンとして20mEq/hrを超えないこと。電解質補液の補正には、体内の水分、電解質の不足に応じて電解質補液に添加して点滴静注するが、腹膜透析液に添加して点滴静注するが、腹膜透析液に添加して点滴静注可	一般的に高Ca血症になりやすいため、慎重投与。血中Ca濃度をみながら投与する。高カリウム血症を起こすことがあるので、投与速度は1カリウムイオンとして20mEq/hrを超えないこと。電解質補液の補正には、体内の水分、電解質の不足に応じて電解質補液に添加して点滴静注するが、腹膜透析液に添加して点滴静注可								
14.12.29	カリウム補給薬		塩化カリウム	105	スローケー錠	○	禁		1回2錠(1錠中カリウムとして8mEq)を1日2回、食後に経口投与	慎重投与。低Ca血症があれば投与。消化管通過障害のある患者では塩化カリウムの局所的な結核作用により嘔吐、便秘、穿孔をきたすことがあるため禁忌	乏尿・無尿、高度の腎機能障害には禁忌。ただし低Ca血症があれば投与することもある。投与中に血液透析が必要な状態に至った場合には速やかに投与を中止する。							

入力日	分類	TDM	薬剤名			透析性	禁忌	腎障害	常用量				GFRまたはCCR(ml/min)				HD(血液透析) PD(腹膜透析)
			一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	
									中等度腎障害				重度腎障害		末期腎不全		
14.12.29	カルバペネム系 (初回投与量は減量しないこと)		イミペネム/シラスチンナトリウム(IPMCS)	106	チエナム注	○	○	1-2gを分2	0.25~0.5gを分2				0.25gを分1 イミペネムの腎外CLが58%低下するといふ報告あり (Dreisbach AW, Lertora JJ, Expert Opin Drug Metab Toxicol 4:1065-74, 2008) , いれんなどの副作用が起こりやすいため他剤を選択する				
14.12.29			パニペネム/バタミプロン(PAPMBP)	107	カルベニン注	○	○	1-2g 分2	1g 分2				0.5g 分1		0.5g 分1, HD患者ではHD日にはHD後に投与。		
14.12.29	アミノグリコシド系(初回投与量は減量しないこと、PK-PD理論から1日1回投与が推奨されるが感染性心内膜炎には1日2~3回投与)		● アミカシン硫酸塩(AMK)	108	アミカシン硫酸塩注	○	○	1回15mg/kg 24hr 毎(サンフォード感染症治療ガイドによる)	4~7.5mg/kgを24hr 毎(サンフォード)。エンビリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること				4~7.5mg/kgを48hr 毎(サンフォード)、エンビリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること		1回3~4mg/kgを48~72hr 毎(サンフォード)、エンビリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること		HD: 1回7.5mg/kgをHD後に投与。CAPD: PD液1Lにつき15~20mg消失するため廃液量が8L/日であるとすれば160mg/日を静注投与するが、個人差が大きいためTDMを実施する(サンフォード)。尿量のある患者ではエンビリック治療には他剤を選択し、本剤を使用する場合にはTDMを実施すること
14.12.29			● イセパマイシン硫酸塩(ISP)	109	イセパマイシン注/エクサシン注	○	○	8~15mg/kgを24hr 毎(サンフォード感染症治療ガイドによる)	8mg/kgを24~48hr 毎。エンビリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること				4~8mg/kgを48~72hr 毎。エンビリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること		1回8mg/kgを96hr 毎。HD患者ではHD日にはHD後に投与し、本剤を使用する場合にはTDMを実施すること		
14.12.29			● ゲンタマイシン硫酸塩(GM)	110	ゲンタシン注	○	○	5.1~7mg/kg 24hr 毎(サンフォード感染症治療ガイドによる)	2.5~3.5mg/kgを24hr 毎。エンビリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること				3~4mg/kgを48hr 毎。エンビリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること		2~3mg/kgを72hr 毎。エンビリック治療には他剤を選択すること。本剤を使用する場合にはTDMを実施し、腎機能をモニターすること		HD: 1.7mg/kgを投与しその半量を 毎HD 後。CAPD: 無尿では10.6mg/kg、尿量のある患者では0.75mg/kgを1日1回静脈内投与。または無尿では8mg/L、尿量のある患者では10mg/Lを1日1回バッグ内投与。エンビリック治療には他剤を選択し、本剤を使用する場合にはTDMを実施し、尿量をモニターすること
14.12.29			● トブラマイシン(TOB)	111	トブラシン注	○	○	5.1~7mg/kg 24hr 毎(サンフォード感染症治療ガイドによる)	腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目以降3mg/kgを24~48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること				腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目以降3mg/kgを24~48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること		腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目以降3mg/kgを24~48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること		HD: 初回4mg/kg、2回目以降3mg/kg毎HD 後、短期使用にとどめ、TDMを実施
14.12.30	抗MRSA薬 (初回投与量は減量しないこと)		● アルバカシン硫酸塩(ABK)	112	ハバカシン注	○	○	1回4mg/kgを24hr 毎(添付文書とは異なる推奨用法)	腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目以降3mg/kgを24~48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること				腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目以降3mg/kgを24~48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること		腎毒性があるため、他剤を選択するが、初回4mg/kg投与後、2日目以降3mg/kgを24~48hr 毎に投与し、TDMを実施し、腎機能をモニターすること		HD: 初回4mg/kg、2回目以降3mg/kg毎HD 後、短期使用にとどめ、TDMを実施
14.12.30			ダブトマイシン(DAP)	113	キュビシン静注用	×	○	1日 1回4~6mg/kgを24時間ごとに30分おき点滴静注	AUC <sub>0-24</sub> は2倍以上昇るため1日4~6mg/kgを48時間おきに点滴静注				AUC <sub>0-24</sub> は2倍以上昇るため、1回4~6mg/kgを48時間おきに点滴静注(透析性は高くないと思われるが添付文書では透析患者のHD日にはHD後に投与)				
14.12.30	サルファ剤		● テイコoplanen(TEIC)	114	タダシッド注	×	○	初日・2日目800mg 分2、3日以降400mg 分1、4日以降は300mg 分1投与し、TDMを実施	初日・2日目800mg 分2、3日以降400mg 分1、4日以降は200mg 分1、400mg 分1投与し、TDMを実施				初日・2日目800mg 分2、3日以降400mg 分1、4日以降は300mg 分1、4日以降は200mg 分1、400mg 分1投与し、TDMを実施		初日・2日目800mg 分2、3日以降400mg 分1、4日以降は300mg 分1、4日以降は200mg 分1、400mg 分1投与し、TDMを実施		初日・2日目800mg 分2、3日400mg 分1、4日以降は3~6mg/kgを透析後に投与しTDMを実施、CAPD 腹膜炎では1日1回40mgのバッグ内投与を1日2回を1週間投与、さらに1日1回40mgのバッグ内投与を1日1回を1週間投与する(Ai-Wai W, et al: Int J 107: 1018, 1990)。
14.12.30			● バンコマイシン塩酸塩(VCM)	115	塩酸バンコマイシン注	△	○	1~2g 分2-4	初回20~25mg/kgを投与後、24hr 毎に15mg/kgまたは12hr 毎に10mg/kgを投与しTDMを実施				初回20~25mg/kgを投与後、24hr 毎に10mg/kgを投与しTDMを実施		初回20~25mg/kg、48hr 毎に10mg/kgを投与しTDMを実施		HD: 初回20~25mg/kg、毎HD後に7.5~10mg/kg投与しTDMを実施。PD腹膜炎: 15~30mgをCAPDでは5~7日おきにAPDでは3~5日毎に腹腔内投与し、TDMを実施。トブラブ15µg/ml以上に保つ(Perit Dial Int 30: 19-29, 2010)。ただし尿量が100ml/L以上ある患者では25%増量して投与。非腹膜炎時: CCR<10ml/minと同様
14.12.30	キノロン薬		ST合剤(SMX400mg/TMP80mg)	116	バクタ配合錠・顆粒/バクタ錠・顆粒	○	○	4錠または4g(T換算320mg) 分2、ニューモシチス肺炎予防には1錠換算4~8mg/kgを分2で連日または週3回、ニューモシチス肺炎治療には9~12錠または9~12gを分3~4	2錠または2g(T換算160~320mg) 分2、CCR15以下ではニューモシチス肺炎予防には1錠換算4~8mg/kgを分2で連日または週3回、ニューモシチス肺炎治療には1錠換算9~12gを分3~4				2錠または2g(T換算160mg) 分1、CCR<15ml/minではニューモシチス肺炎予防には1錠換算4~8mg/kgを分2で連日または週3回、ニューモシチス肺炎治療には1錠換算9~12gを分3~4		6A(T換算480mg) 分1		
14.12.30					117	パトランミン注(ニューモシチス肺炎のみ適応)	○	○	12A(T換算960mg) 分4	6~12A 分2				6A(T換算480mg) 分1			
14.12.30	キノロン薬		ビベシ酸水和物(PPA)	118	ドルコール錠	×	○	500~2,000mg 分3-4	250~1,500mg				250~750mg		尿中の未変化体の排泄量が55.7%と高いため、腎外CLに変化があれば約1/2に減量するのが妥当かと思われる		
14.12.30	ニューキノロン系(初回投与量は減量しないこと、PK-PD理論から耐性化防止、殺菌力の増強には1日1回投与が推奨される)		バズフロキサシメシル酸塩(PZFX)	119	パシル点滴静注/バズコ点滴静注	○	○	600~1,000mg 分2、敗血症、肺炎球菌による肺炎、重症・難治性の呼吸器感染症の二次感染に際する場合1日2000mgを2回に分けて1時間かけて点滴静注	20mL/min ≤ CCR<30mL/min 分1は1回500mgを2日投与				CCR<20mL/minでは500mgを1日1回		1回300~500mgを48hr 毎、HD患者ではHD日にはHD後に投与		
14.12.30			● ブルジフロキサシン(PUFEX)	120	スオード錠	×	○	400~600mg 分2	1回200mg 24hr 毎				1回200mg 48hr 毎				
14.12.30			レボフロキサシメシル酸水和物(LVFX)	121	クラビット錠	△	○	500mg 分1	CCR20mL/min以上: 初日500mg 分1、以後250mg 分1				CCR20mL/min未満: 初日500mg 分1、3日以降250mgを2日に1回				
14.12.30			レボフロキサシン(LVFX)	122	クラビット点滴静注500mg	△	○	1日1回500mgを60分かけて点滴静注	初日500mg 分1、以後250mg 分1				初日500mg 分1、3日以降250mgを2日に1回				
14.12.30		● ロフロキサシン(LFLX)	123	バレオンカプセル・錠/ロメフトカプセル	×	○	1回100~200mgを1日2-3回	AUC <sub>0-24</sub> は2倍以上上昇し1/2が1.5倍に延長するため1回100~200mgを12~24時間おき				AUC <sub>0-24</sub> は3倍以上上昇し1/2が2.4倍に延長し、腎外CLが63%低下する(Nolin TD, et al: Clin Pharmacol Ther 83:898-903, 2008)ため、1回100~200mgを24時間おき					
14.12.30	薬状ベチダ系		コリスチンメタンホルン酸	124	コリスチン注	×	○	コリスチンとして2.5~5mg/kg/日を1日2-4回に分けて静脈内投与(米田)	CCR>40~75mL/minで2.5~3.8mg/kg/日を分2(腎障害は早期に発現することが多いので、投与開始3日前後に腎機能検査を実施することが望ましい)				CCR<25mL/minで1.5mg/kg/日を分1(腎障害は早期に発現することが多いので、投与開始3日前後に腎機能検査を実施することが望ましい)		1.5mg/kg/日を分1(投与開始3日前後に腎機能検査を実施する) 1.5mg/kg/日を分1、HD患者ではHD後に投与(ただしVdが大きいため透析での除去率は高くないと予測される)		
14.12.30	抗結核薬(CCR<50mL/minの用量は添付文書ではなく結核診療ガイドラインによる)		● エタンブール塩酸塩(EB)	125	エサンブール/エブトール	○	○	15mg/kg/日を1日1回(最大750mg)で初期2か月は20mg/kgで最大1000mg)	1回0.5g 24~36hr 毎				1回0.25~0.5g 48hr 毎		1回0.25~0.5g 48hr 毎		
14.12.30			● カナマイシン硫酸塩(KM)	126	硫酸カナマイシン注	○	○	1回15mg/kg 24hr 毎(サンフォード感染症治療ガイドによる)	4~7.5mg/kgを24hr 毎(サンフォード)				4~7.5mg/kgを48hr 毎(サンフォード)		1回3mg/kgを72hr 毎、HD患者ではHD日にはHD後に投与(サンフォード)		
14.12.30	抗結核薬(CCR<50mL/minの用量は添付文書ではなく結核診療ガイドラインによる)		サイクロセリン(CS)	127	サイクロセリンカプセル	×	○	1回250mgを1日2回	1回250mgを12~24hr 毎				1回250mgを24hr 毎				
14.12.30			● ストレプトマイシン硫酸塩(SM)	128	硫酸ストレプトマイシン注	○	○	1回12~15mg/kg 24hr 毎(サンフォード感染症治療ガイド2011-2012による)	4~7.5mg/kgを24hr 毎(サンフォード)				4~7.5mg/kgを48hr 毎(サンフォード)		1回3mg/kgを72hr 毎または1回4mg/kgを48hr 毎(サンフォード)		
14.12.30			ビラジナミド(PZA)	129	ピラマイド原末	○	○	25mg/kg/日を1日1回(最大1500mg; 添付文書の用量では肝障害が起こりやすい)	腎機能正常者と同じ				1回25~30mg/kgを週3回投与		1回25~30mg/kgを週3回投与		
14.12.30	抗真菌薬		● アムホテリジンB(AMPH)	130	ファンギン注	×	○	0.25~1mg/kg 分1	腎毒性があるため、他剤を選択する				無尿の患者には腎機能正常者と同じ				
14.12.30			フルコナゾール(FLCZ)	131	ジフルカンカプセル	○	○	50~400mg 分1	1回50~200mgを24時間おき				1回50~200mgを週3回、HD患者ではHD日にはHD後				
14.12.30			フルコナゾール(FLCZ)	132	ジフルカン静注液	○	○	50~400mg 分1	1回50~200mgを24時間おき				1回50~200mgを週3回、HD患者ではHD日にはHD後				
14.12.30	抗真菌薬		● フルリシチン(S-FPC)	133	アンコチル錠	○	○	100~200mg/kg/日	25~50mg/kgを6~12hr 毎				25~50mg/kgを12~24hr 毎		HD患者では25~50mg/kgを週3回毎HD後に、CAPDでは50mg/kgを48hr 毎に		



入力日	分類	TDM	薬剤名			透析性	腎注意	腎障害	常用量							GFRまたはCCR(ml/min)			HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
			一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>	中等度腎障害	重度腎障害		末期腎不全
14.12.30			ホスフコナゾール(F-FLCZ)	134	プロゾフ注	○			添付文書参照	通常用量の1/2に減量							HD: HD後に通常用量を投与する。CAPD: 通常用量の1/2に減量			
14.12.30	ヘルペスウイルス感染症治療薬		アシクロビル(ACV)	135	ゾビラックス点静注用	○			1回5 mg/kg 8hr毎、服薬・髄膜炎では1回10mg/kgまで増量可	1回5 mg/kgを12hr 毎、脱水を避け、ゆっくゆっく投与(尿管管での結晶析出による腎障害を避けるため)	1回2.5 mg/kgを24hr 毎、脱水を避け、ゆっくゆっく投与(尿管管での結晶析出による腎障害を避けるため)	1回2.5 mg/kgを24hr 毎、脱水を避け、ゆっくゆっく投与(尿管管での結晶析出による腎障害を避けるため)	3.5mg/kgを週3回、HD患者ではHD日にはHD後							
14.12.30			アシクロビル(ACV)	136	ゾビラックス錠 帯状疱疹	○			1回800mgを1日5回	1回400～800mgを1日2～3回	1回800mgを1日1～2回	1回400～800mgを1日1回、HD患者ではHD日にはHD後								
14.12.30			アシクロビル(ACV)	137	ゾビラックス錠 単純疱疹	○			1回200mgを1日5回	1回200mgを1日2～3回	1回200mgを1日1～2回、保存期では脱水予防、尿量確保が必要あり	1回200mgを1日1～2回、HD患者ではHD日にはHD後。保存期では脱水予防、尿量確保が必要あり								
14.12.30	ヘルペスウイルス感染症治療薬		バラシクロビル塩酸塩(VACV)	138	バルトレックス錠・顆粒 帯状疱疹	○			1日3000mgを分3	1回1000mgを12時間毎	1回1000mgを24時間毎	1回250mgを12hr 毎、保存期では脱水予防、尿量確保が必要あり	1回250mgを24hr 毎、HD患者ではHD日にはHD後							
14.12.30			バラシクロビル塩酸塩(VACV)	139	バルトレックス錠 単純疱疹	○			1日1000mgを分2	1回500mgを12時間毎	1回500mgを24時間毎	1回250mgを24hr 毎、保存期では脱水予防、尿量確保が必要あり								
14.12.30			ファミシクロビル	140	ファミシロ錠	△			帯状疱疹: 500mgを1日3回、単純疱疹: 1回250mgを1日3回経口投与	帯状疱疹: 1回500mgを1日1～2回、単純疱疹: 1回250mgを1日1～2回経口投与	帯状疱疹: 1回250mgを1日1～2回、単純疱疹: 1回125mgを1日1～2回経口投与	帯状疱疹: HD: 週3回透析後に250mg、CAPD: 250mgを48hr 毎、単純疱疹: HD: 週3回透析後に125mg、CAPD: 125mgを48hr 毎、								
14.12.30	サイトメガロウイルス感染症治療薬		ガンシクロビル(DHPG)	141	デノン注	○			初期1 回2.5-5 mg/kgを12hr 毎、維持24hr 毎	初期1 回1.25～2.5mg/kgを24hr 毎、維持0.625～1.25 mg/kgを24hr 毎	初期1 回1.25mg/kgを48hr 毎、維持0.625 mg/kgを48hr 毎	HD: 初期1 回1.25mg/kgを毎HD後、維持0.625 mg/kgを毎HD後、CAPD: 初期1 回1.25mg/kgを48hr 毎、維持0.625 mg/kgを48hr 毎								
14.12.30			バルガンシクロビル塩酸塩	142	バリキサ錠	○			初期900mg 分2、維持900 mg 分1	450 mgを1日1～2回	1回450mgを24～48hr 毎	450mg/回以下の設定のため使用しない(ガンシクロビル製剤の静注投与を考慮)								
14.12.30			ホスカルネットナトリウム水和物	143	点滴静注用ホスカビル	○	禁		添付文書参照	0.4mL/分/kg未満の患者では腎障害を悪化させるため使用を避ける										
14.12.30	HIV感染症治療薬		インジナビル硫酸塩エナロール付加物	144	グリキシルンカプセル	○			1回800mgを8時間ごと、1日3回空腹時(食事の1時間以上前又は食後2時間以降)に経口投与。腎臓石症の発現を防止する目的で、治療中は通常の生活で摂取する水分に加え、さらに24時間に少なくとも1.5リットルの水分を補給すること。	健康人で20%程度の尿中排泄が認められていることから、排泄能の低下下で、高い血中濃度が持続するおそれがあるため、慎重投与になっている。腎臓石症の発現を防止するため、1日1.5Lの水分を補給する必要があるため、脱水気味のCKD患者には適してはいない										
14.12.30			エムトリシタジン	145	エムトリバカプセル	×			エムトリシタジンとして1回200mgを1日1回経口投与する。なお、投与には必ず他の抗HIV薬と併用すること。	1回200mgを2日に1回投与 (Renal Pharmacotherapy, 2013)	1回200mgを3日間に1回投与 (Renal Pharmacotherapy, 2013)	1回200mgを4日間に1回投与 (Renal Pharmacotherapy, 2013)	1回200mgを4日間に1回投与、HD患者はHD後に投与 (Renal Pharmacotherapy, 2013)							
14.12.30			テノホビルジプロキシル fumarate	146	ビリアード錠	○			1回300mg(テノホビルジプロキシルとして245mg)を1日1回経口投与	できるだけ避けるが投与するならば300mgを2日に1回 (Renal Pharmacotherapy, 2013)	できるだけ避けるが投与するならば300mgを2～4日に1回 (Renal Pharmacotherapy, 2013)	データなし (Renal Pharmacotherapy, 2013)	できるだけ避けるが投与するならば1週間に1回300mg、HD患者では累積HD時間12時間おきに1回でも可 (Renal Pharmacotherapy, 2013)							
14.12.30			ラミブジン	147	エビビル錠	×			300mg 分1-2	150mgを1日1回	初回150mg、その後100mgを1日1回	初回50～150mg、その後25～50mgを1日1回								
14.12.30			エムトリシタジン200mg及びテノホビルジプロキシル fumarate 300mg配合錠	148	ツルバダ配合錠	E : X : T : O			1回300mg(テノホビルジプロキシルとして245mg)を1日1回経口投与	CCR30～49mL/minでは本剤1錠を2日間に1回投与。CCR<30mL/minでは投与しない	本剤は投与せず、エムトリシタジン製剤およびテノホビル製剤により、個別に用法・用量の調節を行う									
14.12.30	HIV感染症治療薬		リルピビル塩酸塩・エムトリシタジン・テノホビルジプロキシル fumarate	149	コムプレア配合錠	×			1回1錠(リルピビルとして25mg、テノホビルジプロキシル fumarateとして300mg及びエムトリシタジンとして200mgを含有)を1日1回食事中又は食直後に経口投与	CCR<50mL/min又はHD患者では、テノホビル製剤及びエムトリシタジン製剤に2個々に用法・用量の調節が必要となるため、本剤を投与せず、個別の製剤を用いること。										
14.12.30	インフルエンザ治療薬		アマナジン塩酸塩	150	シンメレ錠/顆粒	×	禁		100 mg/日を分1-2	1 回 100 mg 2～3 day 毎							1 回 50～100 mg 7 day 毎	大部分が未変化体として尿中に排泄されるので、蓄積により、意識障害、精神症状、痙攣、ミオクロス等の副作用が発現することがある。またHDによって少量しか除去されないため透析を必要とするような重篤な腎障害のある患者には禁忌		
14.12.30			オセルタミビルリン酸塩	151	タミフルカプセル	○			CCr<30 mL/minで75mg 分1	治療には10<CCr<50 mL/minで75mg 分1、予防投与では1回75mgを隔日							推奨用量は確立していないが、1回75mgを単回投与すると5日間有効治療濃度を維持できる(症例報告、他: 化学療法領域 17: 103-111, 2000)			
14.12.30			バラミビル水和物	152	ラビアクタ点静注	○			300mgを15分以上かけて単回点滴静注、合併症等により重症化するおそれのある患者には、1日1回600mgを15分以上かけて単回点滴静注	1日1回150mg (FDA)	1日1回100mg (FDA)	初回100mg、以後は透析後2時間後に100mg追加する(FDA)、CAPDでは初回100mg、以後は1日おきに100mg追加する								
14.12.30	B型肝炎治療薬		アダホビルピボキシル	153	ヘプセファ錠	○			10mgを1日1回	10mgを2～3日に1回	10mgを2～3日に1回、Ccr10～19mL/min: 10mgを3日に1回	CCR<10mL/min: 10mgを週1回、Ccr10～19mL/min: 10mgを3日に1回	10mgを週1回、HD患者ではHD後に							
14.12.30			エンテカビル水和物	154	バラクルード錠	×			0.5-1mg 分1空腹時(食後2時間以降かつ次の食事の2時間以上前)	0.5mgを2～3日に1回、ラミブジン不応患者には1mgを2～3日に1回	0.5 mgを7日に1回、ラミブジン不応患者には1mgを7日に1回、HD患者ではHD日にはHD後の投与							0.5 mgを7日に1回、ラミブジン不応患者には1mgを7日に1回、HD患者ではHD日にはHD後の投与		
14.12.30			テノホビルジプロキシル fumarate	155	テノゼット錠	×			1回300mg、1日1回経口投与	300mgを2日に1回	300mgを3～4日に1回	水検討だが300mgを7日に1回	300mgを7日に1回又は累積約12時間の透析終了後に300mgを投与							
14.12.30			ラミブジン	156	ゼフィックス錠	×			1回100mgを1日1回	初回100mg、維持50mg/日 (Renal Pharmacotherapy, 2013)	初回100mg、維持25mg/日 (Renal Pharmacotherapy, 2013)	初回100mg、維持25mg/日 (Renal Pharmacotherapy, 2013)								
14.12.31	C型肝炎治療薬		テラプラレビル	157	テラビック錠	×	禁		セログループ1でかつHCV RNA量が高値の未治療者、またはIFN単独療法、またはソフィブシリンとの併用で無効または再燃患者に対して1回750mgを1日3回食後に12時間開投(空腹時投与では22%に低下する)。腎機能障害の発現リスクが高くなるおそれのある患者においては、本剤の開始用量の減量を考慮する	ソフィブシリン併用患者が対象となるため、CCR50mL/min未満の患者では投与できない										
14.12.31			ソフィブシリン	158	レボトルカプセル/コペガスカプセル	×	禁		600-800mg 分2	本剤の血中濃度が上昇し、重大な副作用が生じることがあるため投与禁忌。CCR<30mL/minではAUCが21%上昇する。HD患者に投与する場合には200mgを1日1回投与 (Renal Pharmacotherapy, 2013)										
14.12.31	寄生虫・原虫薬		アトバコン、プログアニル塩酸塩配合剤	159	マラロン配合錠	A : P : O	禁		1日1回4錠(アトバコンプログアニル塩酸塩として100mg/400mg)を3日間、食後に経口投与。予防には1日1回1錠(アトバコンプログアニル塩酸塩として250mg/100mg)を、マラリア流行地域到着前24～48時間前より開始し、流行地域滞在後中及び流行地域を離れた後7日間、毎日食後に経口投与	CCR<30mL/minでは1日1回4錠(アトバコンプログアニル塩酸塩として100mg/400mg)を3日間、食後に経口投与。予防には1日1回1錠(アトバコンプログアニル塩酸塩として250mg/100mg) (Renal Pharmacotherapy, 2013)	重度の腎障害のある患者に治療の目的で投与する場合、本剤の配合成分であるプログアニルの排泄が遅延し、血中濃度が上昇することで副作用が発現する危険性が高いため、他剤の投与を考慮するなど投与の可否を慎重に判断し、治療による有益性が危険性を上回るか判断される場合にのみ投与すること。予防目的には禁忌。									

入力日	分類	TDM	薬剤名			透析性	禁忌	腎臓	常用量							GFRまたはCCR(ml/min)				HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
			一般名	番号	商品名				>80	70	60	50	40	30	20	10>					
									中等度腎障害				重度腎障害				末期腎不全				
14.12.31			クロファラビン	160	エボルトラ点滴静注	○			1日1回52mg/m <sup>2</sup> 、2時間以上かけて点滴静注する。これを5日間連続投与し、少なくとも9日間休業する。これを1クールとして繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。	腎機能正常者には比しAUCは2倍になると推定されているため、1/2に減量が妥当かもしれない				CCr30mL/min未満での投与成績がないため、不明だが、大幅な減量が必要と思われる。							
14.12.31	代謝拮抗薬		テガフル・ギマシリン・オテラシカルウム	161	ティエスワン配合カプセル・顆粒・OD錠	○	禁		CCr≧80mL/minでは通常、体表面積に合わせて1日40、50、60mgを初回基準量とし、1日1回、28日間連続日経口投与し、その後14日間休業する。これを1クールとして投与を繰り返す。80<CCr≦60mL/minでは初回基準量より必要に応じて段階減量、60>CCr≧40mL/minでは原則として1段階減量、40>CCr≧30mL/minでは原則として2段階減量する。CCr30mL/min未満は投与不可。 減量方法:40mg/回→50mg/回→60mg/回→80mg/回→100mg/回 なお、患者の状態により適宜減量を考慮(Cancer Chemother-Pharmacol(2012)70:783-789)	腎機能正常者以上の比しAUCは2倍になると推定されているため、1/2に減量が妥当かもしれない				重篤な腎機能障害のある患者では、フルオロウラシルの異化代謝阻害剤ギマシリンの腎排泄が著しく低下し、血中フルオロウラシル濃度が上昇し、骨髄抑制等の副作用が強くなるおそれがあるため禁忌。							
14.12.31			フルダラビン酸塩	162	フルダラ錠	×	禁		40mg/m <sup>2</sup> (体表面積)を1日1回5日間連続日経口投与し、23日間休業。これを1クールとし、投与を繰り返す。	60~70%に減量。CCr30mL/min未満は禁忌				禁忌							
14.12.31			フルダラビン静注用	163	フルダラ静注用	×	禁		添付文書参照	60~70%に減量。CCr30mL/min未満は禁忌				禁忌							
14.12.31			ベトレキセドナトリウム	164	アムタ注射用	○	禁		1日1回500mg/m <sup>2</sup> (体表面積)を10分間かけて点滴静注し、少なくとも2日間休業する。これを1コースとし、投与を繰り返す。	腎機能正常者と同じ(Up to Date)				重度の腎機能障害患者で、本剤に起因したと考えられる死亡が報告されているので、重度の腎機能障害患者には本剤を投与しないことが望ましい(腎機能障害患者に投与した十分な情報がない)。							
14.12.31			トトレキサート	165	トトレキサート錠・注	○	禁		添付文書参照	50%に減量				排泄遅延により副作用が強くなるおそれがあるため禁忌							
14.12.31			ビロピレン塩酸塩	166	ビロピレン注	×	禁		添付文書参照	腎機能正常者と同じ											
14.12.31	抗生物質抗がん薬		プレオマイシン塩酸塩	167	プレオ注	○	禁		添付文書参照	50~75%に減量				排泄機能が低下し、間質性肺炎・肺線維症等の重篤な肺症状を起こすことがあるため、重篤な腎障害には禁忌							
14.12.31			ペフロマイシン	168	ペフロオ注	○	禁		5-10mg/回 週2-3回	重篤な腎機能障害のある患者では排泄機能が低下し、重篤な肺症状を起こすおそれがあるため禁忌											
14.12.31	白金製剤		カルボプラチン	169	パソプラチン注	○	禁		1回300-400mg/m <sup>2</sup> 投与し、少なくとも4週間間休業する。これを1クールとする	カルバートの式、AUC目標値(GFR+25)(mg)によって算出。単独投与の場合、初回はAUC7mg/mL・min、繰り返し投与のときはAUC4~5mg/mL・minを目標に投与する。透析患者のGFRは5~10を代入する。ただし本法の血中濃度はHaffe法を用いているため、CG法を用いるとCCrよりもGFRに近似的。腫瘍表で測定される日本ではHCG法を用いるとCCrが高めに推算されるため過量投与になりやすく、血清Cr値に0.2を加える方法(Ando M, et al. Clin Cancer Res 6: 4733-4738, 2000)や体表面積補正を外したeGFRを用いることが推奨される。											
14.12.31			シスプラチン	170	ランダ注/プリプラチン注	○	禁		添付文書参照	CCr31~45mL/min:50%に減量、CCr16~60mL/min:75%に減量(Up to Date)				禁忌だが、必要な場合にはHD患者は透析後に50%に減量して投与							
14.12.31			ネダプラチン	171	アクプラ静注用	×	禁		添付文書参照	重篤な腎障害患者では腎毒性があるため禁忌											
15.01.02	免疫抑制薬		ミゾリピン		ブレディオン	○			移植前:1~3mg/kgを1日1~3回(高用量:6~10mg/kgを1日2~3回;保険適応外) 原発性糸球体疾患を原因とするネフローゼ症候群、関節リウマチ1回50mgを1日3回	1/2~1/4量				1/4~1/10量							
15.01.02			インターフェロンα	173	スフェロン注/オーアイエフ注/INFα注	×	○		250-1000万IUを1日1回	300万IU/日				300万IU/日 週3回							
15.01.02	インターフェロン製剤		インターフェロンα-2b	174	イントロンA注	×	○		300-1000万単位を1日1回	300万IU/日				300万IU/日 週3回							
15.01.02			ベグインターフェロンα-2b	175	ベグイントロン皮下注	×	○		添付文書参照	CCr≧50mL/min以下の腎機能障害のある患者ではリビリンが禁忌であり、リビリンとの併用が必須であるため投与できない(使用するためにはFCCr 30-50 mL/min:25%減量、CCr 10-29 mL/min:50%減量、高度腎機能低下患者ではCLが健常者の約1/2に低下するため透析患者では1/2に減量)											
15.01.02	インターロイキン製剤		セルモロイキン	176	セロイク注	×	○		1日1回40万国内標準単位を点滴静注(最大は1日160万国内標準単位(分2))	重篤な腎障害のある患者では症状が増悪するおそれがあるため慎重投与になっており、腎で代謝されるため減量が必要だが、動態パラメータが不明なため至適投与量は不明											
15.01.02			テセロイキン	177	イムネス注	×	○		1日70万IU(最大210万IU)分1-2	減量必要だがデータなし				1日35~70万IU分1							
15.01.02	前立腺肥大治療薬		タダラフィル	178	ザルティア錠	×	禁		5mgを1日1回	2.5mgを1日1回から開始することを考慮する				重篤な腎障害では本剤の血中濃度が上昇し、使用経験が限られているため禁忌							
15.01.02	排尿障害治療薬		ジスチグミン臭化塩	179	クプレチド錠	○	禁		排尿障害:5mgを分1、重症筋無力症:1日5-20mgを1-4回	2.5-10mg分1				2.5-5mg分1							
15.01.02	ペプチド系抗利尿ホルモン用剤		デスマプレシン酢酸塩水和物	180	ミニリメルトOD錠	○	禁		原液透圧あるいは原比重の低下に伴う夜尿症:1日1回投与前に120μgから経口投与し、最大240μg/日に増量可。 中枢性尿崩症:1日60~120μgを1日1~3回経口投与。最大240μg/日	中等度以上の腎機能障害のある患者(CCr≧50mL/min未満)では血中濃度の延長、血中濃度の増加が認められるため禁忌。											
15.01.02			カルシトリオール水和物	181	ドボネックス軟膏	×	禁		通常1日2回適量を患部に塗布(1週間1回90gを超えない)	腎機能の低下によりCa <sup>2+</sup> の排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から腎機能が悪化したため腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。											
15.01.02	尋常性乾癬治療薬		カルシトリオール水和物/ノタタラシジプロピオン酸エステル	182	ドボベクト軟膏	×	禁		通常1日2回適量を患部に塗布(1週間1回90gを超えない)	腎機能の低下によりCa <sup>2+</sup> の排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から腎機能が悪化したため腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。											
15.01.02			タカシトール水和物	183	ポリアルファ軟膏・クリーム・ローション	×	禁		通常1日2回適量を患部に塗布	腎機能の低下によりCa <sup>2+</sup> の排泄が減少することから、血清Ca値が上昇から腎機能が悪化したため腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること。											
15.01.02			マキサカルシトール	184	オキサソール軟膏/ローション	×	○		通常1日2回適量を患部に塗布(外用製剤として1日最高10g)	通常用量を塗布してLAUCT注射剤5μg投与時のAUC(マキサカルシトール)の数倍高くなり、高Ca血症・腎機能悪化になりやすいため腎機能低下症例への使用は推奨しない。使用する場合には定期的な血清Ca濃度、腎機能をモニターしながら投与すること(平山:透析会誌45:63-68,2012)											
15.01.02	禁煙補助薬		バレニクリン酒石酸塩	185	チャンピックス錠	○	禁		1-3日目:0.5mg、4-7日目:1mg、8日目以降:2mg	腎機能正常者と同じ				開始量:1回0.5mg分1、必要に応じて最大1回0.5mgを1日2回							
15.01.02	アルコール依存症断酒補助薬		アカンプロサートカルシウム	186	レグテクト錠	○	禁		666mgを1日3回食後に経口投与する	333mgを1日3回投与(Renal Pharmacotherapy, 2013)				高度の腎障害のある患者では排泄遅延により、高い血中濃度が持続するおそれがあるため禁忌							
15.01.02			アドトリン酸ナトリウムメグルミン	187	ウログラフイン注	×	禁		60%注は逆行性尿路造影:20-150mL(原液又は2-4倍希釈)、内視鏡的逆行性造影:20-40mL、経皮経肝胆道造影:20-60mL、関節造影:1-10mL、76%注は唾液腺造影:0.5-2mL	禁忌											
15.01.02	イオン性高浸透圧性造影剤		イオタラム酸Na/イオタラム酸メグルミン	188	コンレイ注/コンレイ400注	○	禁		1回1-4mLを精養液造影に、1回5-20mLを逆行性尿路造影に、内視鏡的逆行性造影に、経皮経肝胆道造影に、経皮経肝胆道造影に、経皮経肝胆道造影に、1回20-60mL、関節造影では1回20-60mL、関節造影では適宜使用する	本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっているが、投与する場合には必要最小量にする											
15.01.02			イオトログ酸メグルミン	189	ビスコピンDIC	×	禁		100mL/日 点滴静注	慎重投与				重篤な腎障害(無尿等)のある患者では急性腎不全等、症状が悪化するおそれがあるため禁忌							
15.01.02	イオン性低浸透圧性造影剤		イオキサグル酸	190	ヘキサブリックス注	○	禁		各種血管造影5-60mL、CTでは50-100mL、静脈性尿路造影では20-100mL、デジタルX線撮影法による静脈性血管造影では30-40mLを1回静注、または点滴	本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする											
15.01.02			イオキシラン	191	イマジニール注	○	禁		各種血管造影5-70mL、CTでは15-100mL、静脈性尿路造影では20-100mL、デジタルX線撮影法による静脈性血管造影では50-100mLを1回静注、または点滴	本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする											
15.01.02			イオパミドール	192	イオパミロン注	○	禁		添付文書参照	本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする											
15.01.02	非イオン性低浸透圧性造影剤		イオプロミド	193	プロスコップ注/シリンジ	○	禁		各種血管造影5-50mL、CTでは50-100mL、静脈性尿路造影では20-100mL、デジタルX線撮影法による静脈性血管造影では30-40mLを1回静注、または点滴	本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっているが、投与する場合には必要最小量にする											
15.01.02			イオヘキソール	194	オムニパーク注	○	禁		5-100mL	重篤な腎障害のある患者には原則禁忌となっている。単回投与の場合には減量の必要はない											
15.01.02			イオベルゾール	195	オプトレイ注/シリンジ	○	禁		添付文書参照	本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする											

入力日	分類	T D M	薬剤名			透 折 性	禁 忌	腎 障 害	常用量							GFRまたはCCr(mL/min)	HD(血液透析) PD(腹膜透析)	
			一般名	番 号	商 品 名				>80	70	60	50	40	30	20			10>
									中等度腎障害			重度腎障害						末期腎不全
15.01.02			イオメブロール	196	イオメロン注	○	禁	○	添付文書参照							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする。		
15.01.02	非イオン性等浸透圧性造影剤		イオトロラン	197	イソピスト注	○	禁	○	子宮卵管撮影には1回6-10mLを導管より子宮腔内に注入する。関節撮影には1回1-10mLを関節腔内に注入する。脊髓撮影、CTIにおける脳室、脳槽、脊髓造影には1回6-10mLを使用							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする		
15.01.02			イोजキサノール	198	ビジバーク注	○	禁	○	脳血管撮影4-15mL、四肢血管撮影8-80mL、逆行性尿路撮影20-200mL、内視鏡的逆行性胆膵管造影3-40mLを使用。							本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため重篤な腎障害(無尿等)のある患者には原則禁忌となっている。投与する場合には必要最小量にする		
15.01.02			ガドジアド水合物	199	オムニスキャン静注32%シリンジ	○	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)							重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(NSF)発症の危険性が高く、腎機能低下患者では、排泄遅延から急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため禁忌		
15.01.02	MRI造影剤		ガドテル酸メグルミン	200	マグネスコープ注・シリンジ	不明	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)							重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(NSF)発症の危険性が高く、腎機能低下患者では、排泄遅延から急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため原則禁忌		
15.01.02			ガドベント酸ジメグルミン	201	マグネピスト静注・シリンジ	不明	禁	○	0.2mL/kg(腎臓を対象とする場合には0.1mL/kg)							重篤な腎障害のある患者では腎性全身性繊維症(NSF)発症の危険性が高く、腎機能低下患者では、排泄遅延から急性腎不全等の症状が悪化するおそれがあるため禁忌		

- 14.12.05 バクダ配合錠/顆粒にニューモシチス肺炎の治療及び発症抑制の用法用量を追加
- 14.12.23 テノール錠にCAPDの用量を追加
- 14.12.29 デルグラ配合錠の腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 14.12.29 アベマド錠を最重要に指定
- 14.12.29 ポルベン輸液を新規追加
- 14.12.30 パレンカプセル・錠/ロメバクトカプセルの腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 14.12.30 コムアレラ配合錠を新規追加
- 14.12.30 テノゾット錠を新規追加
- 15.01.05 リカカプセルの腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 15.01.05 ラシックス注100mgを新規追加
- 15.03.02 リスモダンRの表記を変更
- 15.04.04 キュビシン静注用の腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 15.04.04 タミフルの腎機能低下時の投与量の記載を変更
- 15.04.06 クレキサン錠の腎機能低下時の投与量の記載を変更