

ID:
氏名:

検査説明・同意書

パッチテスト

【検査日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【パッチテストとは】

アレルギー性かぶれの原因を調べる検査です。かぶれの原因と考えられる製品や化学物質を背中または腕の皮膚に貼付し、皮膚の反応を確認します。

この検査を施行しても、原因物質が特定できないこともあります。

【検査目的】

- 日用品や化粧品、職業性に使用する物質にかぶれているかどうかを調べる
- ピリピリ感や舌の痛みなど口腔内の様々な症状が歯科金属や治療に用いられる材料で生じているかどうかを調べる。
- 薬疹が生じた場合の、原因薬剤を確認する。
- 手術や歯科治療などを行う前に金属アレルギーがあるかどうかを調べる。
- その他(_____)

【検査の方法】

症状を誘発した製品やアレルゲンを載せたパッチテストユニットを背部か上腕外側に 48 時間貼布します。貼布後 48 時間後にパッチテストユニットを除去し、1 回目の判定を行います。その後、貼布後 72 時間後、または 96 時間後、そして 1 週間後に判定を行います。場合によっては 1 カ月後、3 カ月後に判定を行うこともあります。

【検査の副作用】

- ・パッチテストユニットを貼るテープでかぶれる可能性があります(いわゆるテープかぶれ)。
- ・陽性反応が強く出た場合、湿疹反応に伴う、かゆみ、赤み、腫れ、時に水疱が生じる可能性があります。
- ・陽性反応が強く出た場合、貼った後にかさぶたや色素沈着が残る事があります。
- ・まれですがこの検査により感作される(かぶれる体質になってしまう)ことがあります。

令和 _____ 年 _____ 月から _____ 月の症例数: _____ 件 重篤な合併症率: _____

【検査結果の研究への使用】

・パッチテストの反応を撮影した写真や結果を外部に発表する際、あるいは医事教育に使用する際は、個人のプライバシーが保護され、可能な限り個人の特定がしにくいカタチで提示します。

個人が特定しにくいカタチとは、顔面はできあがった写真の上で目を隠す、眼を写す場合は近写して顔全体をうつさない、乳房や外陰部と顔面を同時に提示しないなどです。

・写真撮影に関して、費用の負担はありません。

新規の医療機器を使用する場合など、安全かつ適正使用のために専門業者の立ち会いを行う場合があります。

上記の通り説明しました。この同意書は署名後も取り下げることができます。また同意を拒否されても診療上の不利益を受けることはありません。

セカンドオピニオンを希望される場合にはお申し出下さい。

令和 年 月 日 科 医師署名
(立会者 職種: 氏名:)

上記説明を受け、その内容を十分理解した上で検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日 患者署名 (家族署名)

患者さん本人が説明を受ける状態にないため、代わりに上記の説明を受け、その内容を十分理解した上で、検査を受けることに同意します。(原則としてご家族の方をお願いします。)

令和 年 月 日 氏名(自署) (本人との続柄)

代理人がない場合

令和 年 月 日 診療責任者あるいは責任当直医署名