

ID:  
氏名:

## 検査説明・同意書 皮膚テスト(プリックテスト・スクラッチテスト)

【検査日】 令和 年 月 日

### 【検査目的】

特定の薬剤や食物を摂取後に起こる、蕁麻疹や口腔アレルギー症候群、アナフィラキシーショックなどを即時型アレルギーといいます。プリックテスト・スクラッチテストはこれらの即時型アレルギーの原因を特定のために行う検査です。

これらの検査を行う事により、蕁麻疹などの原因となった食物や薬剤を明らかにすることができ、さらに今後注意すべき同じような症状を誘発する食物や薬剤を知る事から、今後の生活がより安全なものになることを目指しています。

### 【検査の手順】

#### 1. プリックテスト

プリックテストは専用の検査針(1mmにも満たない針)を前腕屈側に刺して小さな孔を開け、その上に調べたい抗原(アレルギーの原因物質、たとえば果物、野菜、お薬など)をおいて、蕁麻疹に似た皮膚症状が出現すれば陽性であると判断します。

機械性蕁麻疹のように針を刺す刺激のみで皮疹が出現する患者様もいらっしゃいますので、皮疹の直径が3mm以上、もしくは皮疹の直径が陽性コントロールである2塩酸ヒスタミンの皮疹の1/2以上のものを陽性反応と判断します。

2塩酸ヒスタミンはすべての方が反応しますが、安全な溶液です。

#### 2. スクラッチテスト

この検査はプリックテストで陰性だった患者様に行う検査です。プリックテストで用いた専用の針で出血しない程度に4mm程度の傷を前腕の皮膚につけ、その上に原因と疑われる抗原をおきます。

プリックテストよりたくさんの抗原が皮膚に入るので、プリックテストでは判定できなかったアレルギーをより鋭敏に検査することができます。

場合によってはスクラッチパッチテストといって、傷を付けた上にアルミがついたシートを貼る場合もあります。これもアレルギーの原因と疑われる抗原がより多く皮膚に入るように行うためにも行うものです。

#### 3. 皮内テスト

注射や点滴で投与される薬剤のように、皮膚の中に直接注入しても安全に検査できる薬剤に対して行います。プリックテスト、スクラッチテストで、陰性だった場合に行う検査です。

薬剤を0.02mL程度、皮膚の中に注入します。少々痛みを伴います。

### 【検査の合併症】

#### 1. 即時型アレルギー反応(アナフィラキシーショックを含む)

詳細に問診を行った上で、安全だと判断した段階から検査を開始しますが、強い反応が生じた場合には、アナフィラキシーショック(じんましん、呼吸困難、血圧低下)が出現することがあります。

当科ではアナフィラキシーショックが生じた場合、迅速に対応できるよう常に準備をしております。

なおアナフィラキシーショックを生じた場合は入院して頂く事もあります。

#### 2. 陰性コントロールである、2塩酸ヒスタミンをプリックテストおよびスクラッチテストした部位は正常人でもかゆみを伴う皮疹が出現します。

令和 年 月 から 月の症例数: \_\_\_\_\_ 件 重篤な合併症率: \_\_\_\_\_

【検査のお願い】

1. 検査材料の準備

検査では患者さまが実際に摂取して症状が出現した食物や薬剤を用いて検査します。そのため、検査する食物や薬剤はご自身で準備して頂きます。食物の場合、検査に必要な量は個体で 1cm<sup>3</sup>程度です。分からない事は主治医に聞いてください。

2. 抗アレルギー薬、抗ヒスタミン薬の中止

抗アレルギー薬、抗ヒスタミン薬を内服している場合は、陽性反応が明らかに出ないので、検査の 4 日前より中止していただきます。中止する薬剤が分からない場合には説明医師、および検査を行う医師に聞いてください。

★アレルギーの薬（ ）は

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日(\_\_\_\_)から中止してください。

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合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 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 \_\_\_\_\_