

食物負荷試験説明書

説明日 年 月 日

説明者 _____

患者 _____ 様 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 生 患者 ID _____)

の検査に際し、担当医師 _____ より説明いたします。

1. 診断名 _____

2. 検査の目的

アレルギー症状を誘発する原因（アレルゲン）と疑われる食品について、①摂取可能量の予測または②確定診断をするためです。

3. 検査の必要性

血液検査や皮膚テストによる結果からは、経口摂取した場合の反応を正確には予測することができないためです。

4. 検査の方法

これまでの症状や検査結果に応じて、あらかじめ計画した量の食品を少しずつ経口摂取します。医師の観察下で約2時間のうちに食べて（飲んで）いき、途中で明らかなアレルギー症状を認めた場合には必要な治療を行って中止します。症状を認めない場合には、計画通りに摂取して観察後、検査を終了します。

5. 検査を受ける利益

現在制限している食品の解除が進められる可能性があります。または、制限が必要な食品の確定診断ができる可能性があります。

6. 検査を受ける際の不利益

アレルギー症状が誘発される可能性があります。アレルギー症状としては、発疹・掻痒・咳や喘鳴・腹痛嘔吐下痢・鼻汁や目の掻痒といった症状が起こりますが、医師と看護師が酸素や薬剤での救急対応を行い、通常は数時間のうちに軽快します。稀に血圧低下や意識障害を伴い重症化する可能性があります。時間の延長や後遺症を残すことは通常ありません。

7. 検査を実施しない場合

その食品について、現在と同じ程度の除去食療法を継続します。同等の精度の検査はありませんが、血液検査や皮膚テストを継続的に行い、方針決定の参考にします。

8. セカンドオピニオンを求める権利

検査を実施するかについて、セカンドオピニオン（当院で受ける診療の適否について、他施設の医師に意見を求めること）も可能ですので、お申し出ください。

9. 同意の撤回権

検査の実施前であれば、いつでも同意を撤回して中止することができます。お申し出ください。

10. 検査予定日と検査するもの

検査予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

負荷食品： _____

検査予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

負荷食品： _____

食物負荷試験の説明と同意の確認書(患者控え)

病院長 殿

患者氏名 _____ 患者 ID _____

私は、今回の検査に際し、下記の項目について文書によって説明を受けました。

1. 診断名
2. 検査の目的
3. 検査の必要性
4. 検査の方法
5. 検査を受ける利益
6. 検査を受ける際の不利益
7. 検査を実施しない場合
8. セカンドオピニオンを求める権利
9. 同意の撤回権
10. 検査予定日と負荷食品

説明者氏名および所属 _____ アレルギー科

医師名 _____

署名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以上をうけて、検査の実施を (_____ 同意します _____ 同意しません _____)

患者住所 _____

本人署名 (15歳以上の場合) _____

代諾者署名および本人との続柄 _____ 続柄 (_____)

(15歳以上20歳未満の場合には、本人と保護者の署名を併記してください)