

## 蛍光眼底造影検査の説明と同意書

この説明書（兼同意書）は3頁からなっています。口頭でも説明しましたが、同じ内容を詳しく記載していますので、検査を受けられる方だけでなく、ご家族の方もよくお読みになることをお願いします。

不明な点がありましたら、主治医にお聞きください。

### 蛍光眼底造影検査を受けられる方へ

#### 1、 蛍光眼底造影とは？

腕の血管から造影剤を注射して、眼の奥の血管や網膜などの写真を撮影する検査です。検査により病気の診断や治療方針が決定できます。

#### 2、 どのような場合に必要になるのか？

糖尿病網膜症、網膜静脈・動脈閉塞症、加齢黄斑変性症、などの網膜循環に異常をきたす病気の診断や治療方針を決めるために行います。

#### 3、 検査を受ける利点は？

病気を診断する助けとなりますし、今後の治療方針を決めていく上でとても大切な検査です。

#### 4、 検査はどのように行われるか？

検査の前日は普通の生活でかまいません。暴飲、暴食は検査の際、気分が悪くなったりする原因になるので控えてください。検査の当日は、食事は予約時間の1時間前までに済ませてください。直前に食事をされると検査中に気分が悪くなることがあります。受付後に瞳（黒目）を大きくする目薬を何回か点眼します。腕の血管から造影剤を注射して、眼底写真を30枚ほど撮影します。検査時間は10分くらいですが、瞳を開くまでの時間に個人差があるので、長い方は帰れるまで1時間かかることもあります。目薬の効き目が消えるまでの5～6時間は見え方がぼんやりしますので、運転はできません。自らの運転で来院されないようにしてください。お薬が体中にまわるので、1～2日は体が黄色くなります。おしっこの中に出て行きますので、おしっこが黄色くなります。水分を取ることが制限されている方以外はいつもより多めに水分をお取りください。検査後は通常の生活でかまいません。

## 5、 検査の危険性は？

注射し始めに、軽い吐き気、むかつきが出る場合があります。通常はすぐにおさまります。アレルギーが出る場合があります、軽いものでは、じんましんが出たり、体が痒くなったりします。まれに、急に血圧が下がる（ショック状態）場合があります。

れわれ担当医や看護スタッフは異常があれば早期に発見し、適切な処置が行えるように心がけています。検査の経過のなかで、少しでも、ご本人あるいはご家族で、不安や疑問を感じられた場合には遠慮なく御質問、御指摘をお願いします。担当医または看護婦が説明致します。

以上のとおりです。不明あるいは疑問な点がありましたらご質問下さい。

1. 病名または現在の病態
2. 検査の必要性・目的
3. 検査の方法・内容
4. 検査に伴う危険性
5. 検査予定日

以上、主治医は説明しました。

平成 年 月 日 主治医氏名：

印

印

## 検 査 同 意 書

関西電力病院 病院長 殿

私は、平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日に蛍光眼底造影検査を受けるに際し、以下の事項につき主治医から十分説明をうけました。また、この「手術についての説明と同意書」の複写（全3頁）を受け取りました。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 病名および現在の病態</li><li>2. 検査の必要性・目的</li><li>3. 検査の方法・内容</li><li>4. 検査に伴う危険性</li><li>5. 検査予定日</li></ol> |
|---|

その結果、(以下の1~5のうちから、ひとつだけ選んで番号を○で囲んで下さい。)

1. 以上の内容を理解できましたので、ここに示された検査を受けることに同意いたします。
2. 説明内容は理解できましたが、検査は受けたくありません。
3. 説明された内容が理解できませんでしたので、検査は受けたくありません。
4. 説明された内容が理解できませんでした。再度、理解できるよう説明を求めます。
5. その他:( )

平成 年 月 日

検査を受ける方の住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

同席者の氏名(続柄): \_\_\_\_\_ ( ) 印

検査を受ける私の同意のみで検査を施行して下さい。(署名: \_\_\_\_\_)

【ご本人以外に同意が得られない場合、例えば、ご家族(近親者)が居られない、または、来院されない場合のみレを入れて下さい。】