

蛍光眼底造影検査を受ける方に

—説明と同意—

私たちはあなたの病気を治療するために下記の検査が必要と考えます。しかしこの検査も含め医療は本来不確実で危険性を伴うものです。検査を受けていただく前にその内容を十分に理解していただき納得したうえでを受けていただくようお願いします。

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、むかつきが出ることがあります。通常はすぐにおさまります。アレルギーが出ることがあり、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）ことがあります。

6. 治療予定日

20____年____月____日

7. 特記事項・その他

以上の通りです。分からないことがあればご質問下さい。以上の内容を納得し、検査を受けることに同意される場合は以下の同意書に署名してください。同意を拒否されても、また一旦同意をした後に撤回されても診療上不利益になることはありません。また、説明の内容についてセカンドオピニオン（他の医療機関の意見を聞くこと）も可能です。

20____年____月____日 午前・午後____時

関西電力病院 _____ 眼 科

説明者

医師 _____

..... _____

同意書

わたしは担当医から **蛍光眼底造影検査** に関する以下の事項につき説明を受けました。

1. 病名・病状
2. 検査の名称
3. 検査の目的と適応
4. 検査の方法
5. 検査に伴う合併症
6. 検査予定日
7. 特記事項・その他

その内容について、

- 理解しました
- まあまあ理解しました
- 理解できませんでした

セカンドオピニオンを希望されますか？

- 希望します
- 希望しません

検査・治療・手術を受けることについて

- 同意します
- 同意しません

20____年____月____日 午前・午後____時

フリガナ

患者氏名 _____

フリガナ

同席者氏名 _____ 続柄（本人の_____）

患者さまご本人が未成年の場合、判断能力が不十分の状態にある場合、または署名困難な場合には、代理人の方が署名してください。

「私は患者本人に代わり署名します。」

フリガナ

代理人氏名 _____ 続柄（本人の_____）