

パッチテスト検査説明・同意書

ID : _____

氏名 : _____

【検査日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【パッチテストとは】

アレルギー性の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時間貼付します。貼付した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、貼付後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。

【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、治った後にかさぶたや色素沈着が残ることがあります。
- まれにですが、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。

図1 検査説明・同意書、パッチテスト問診票、パッチテスト持参品表・持参品の記入例 (p.55~60)

【検査の予定】

来院日	時間	検査内容	入浴・シャワー
貼付日 月 日 ()	時 分	アレルギーの貼付 ※持参品のある方は、持参品と持参品名を記入した用紙を受付時に提出してください。	×
1回目の判定 月 日 ()	時 分	貼付したものを剥がして印を付けます。 1回目(48時間後)の判定と写真撮影 ※締め付けの弱い下着を着用してください。	×
2回目の判定 月 日 ()	時 分	2回目(72時間後)の判定と写真撮影	濡れること→○ こすること→×
最終判定 月 日 ()	時 分	最終判定と写真撮影 今後の方針についてお話しします。	濡れること→○ こすること→○

※ 持参品を提出された方は、準備のため時間がかかります。

※ 検査・診察時間が前後することがあります。ご了承ください。

※ 入院で検査される方は、予約時間通りとは限りません。お呼びしますので、病室でお待ちください。

持参品：医師の説明を受けられた方

※ 小分けせず、製品ボトルのままご持参ください。

【注意事項】

- 1) パッチテストを貼付してから、2回目の判定が終了するまで入浴することができません(保護テープを使用した場合は軽く入浴ができることがあります)。背中または腕のシールかマークを消さないように注意してください。
- 2) 2回目の判定終了後の夜からシャワー・入浴はできますが最終判定(4回目の判定)が終わるまで検査部位(背中、腕)をタオル等で洗うことは控えてください。
- 3) 背中または腕のシールを故意に剥がさないでください。
- 4) 1回目の判定時に皮膚にテープをつけます。自然に取れた場合はそのままでもかまいません。
- 5) 貼付部位の下着は締め付けのないように注意してください。
- 6) パッチテスト中は、貼付部位(背中、腕)がかゆくても無理にたたいたり、こすったりしないでください。かゆみが強い場合は医師にお伝えください。
- 7) パッチテスト中は、汗をかく運動や作業は控えてください。
- 8) パッチテストを受ける1週間前からの日焼けは避けてください。

- 1) 検査当日、貼付する部位に湿疹や赤みがある場合は、検査が延期になることがあります。
- 2) 検査の1週間前から、貼付部位のステロイド薬の外用は中止してください。貼付部位の保湿は検査当日から中止してください。
- 3) 予約日に来院できない場合は、早めに連絡してください。
原則、お電話での検査の日程変更は受け付けておりません。ご了承ください。

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。

年 月 日 医師署名

(立会者 看護師: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。

年 月 日 患者署名

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。)

年 月 日 氏名: (本人との続柄)

代理人がない場合

年 月 日 診療責任者あるいは責任当直医署名

パッチテスト問診票

NO: _____

貼付日： 年 月 日

記入日： 年 月 日

ID: _____ 名前: _____

年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg

現住所: _____

1. 今回、皮疹が出た部位にチェックをしてください。

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭皮 | <input type="checkbox"/> 顔面 | (<input type="checkbox"/> 眼瞼 | <input type="checkbox"/> 額 | <input type="checkbox"/> 頬 | <input type="checkbox"/> 口唇) |
| <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 上腕 | <input type="checkbox"/> 前腕 | <input type="checkbox"/> 手背 | <input type="checkbox"/> 手掌 | <input type="checkbox"/> 胸部 |
| <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> 背部 | <input type="checkbox"/> 大腿 | <input type="checkbox"/> 下腿 | <input type="checkbox"/> 足背 | <input type="checkbox"/> 足底 |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |

2. その皮疹が出現した時期はいつ頃ですか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

- ・アトピー性皮膚炎はありますか？ あり なし
- ・花粉症はありますか？ あり なし
- ・ピアスをしたことがありますか？ あり (_____ 歳) なし
- ・ピアスでかぶれたこと(痒くなる, 赤くなる, ジクジクするなど)がありますか？ あり なし
- ・ピアス以外のアクセサリーでかぶれたことがありますか？
あり (具体的に _____) なし
- ・歯科治療後の金属冠や詰め物が口腔内にありますか？ あり (金, 銀, その他) なし
- ・歯科治療をうけた最終年齢は何歳ですか？ (_____ 歳)
- ・歯の矯正器具を使用したことがありますか？ あり なし
- ・金属製の美容器具を使用していますか？ (例: ビューラー, 美顔ローラーなど) あり なし
- ・金箔入りの化粧水など金が入った化粧品を使用されていますか？ あり なし
- ・パチンコ玉を触りますか？ よく触る 時々触る 触らない
- ・ゲームのメダルを触りますか？ よく触る 時々触る 触らない
- ・他に日常生活で金属と接することがありますか？ (例: 金管楽器にさわる, 仕事で金属製器具を持つなど)
あり (具体的に _____) なし
- ・職業を教えてください
職業 (_____) いつから (_____)

