

食物アレルギー診断のための経口食物負荷試験 説明および同意書

食物アレルギーとは「原因食物を摂取した後に免疫学的機序を介して生体にとって不利益な症状（皮膚、粘膜、消化器、呼吸器、アナフィラキシーなど）が惹起される現象」^注です。これらの症状を起こす原因の診断に血液検査（特異的 IgE 抗体）や皮膚テストを参考にします。そして疑われた食物の除去を行い症状が改善するかどうかをみてゆきます（除去試験）。さらに診断を確実にするために経口負荷試験を行います。食物アレルギーの治療は「正しい診断に基づいた必要最小限の原因食物の除去」^注です。また除去食をすでに行っていて、もう食べられるかどうかを調べる場合にも経口負荷試験を行うことをお勧めします。

経口負荷試験の方法：固ゆで卵、牛乳、小麦（うどん）など原因の食べ物を少しずつ量を増やしながらかつ 15 分ごとに食べてもらいます。一定量を 1 時間ほどかけて食べていただき、症状が誘発されるかどうかそれに 1 時間ほど観察します。合計約 2 時間で試験を終了します。症状の出方は個人でまちまちです。通常は食べた直後から 2 時間以内に即時型症状が出ます。しかし、消化された物が吸収されて症状を起こすまで数時間から数日を要する遅発型症状もあります。誘発される症状は、かゆみやじんましんなどの軽いものから、ぜんそく発作や意識がなくなるようなショック症状まで様々ですので、より安全に実施することが大切です

H18 年 4 月から保険診療報酬の改定により食物アレルギー経口負荷試験が入院・外来ともに行うことができるようになりました。当院では、より安全に行うことができ、緊急時にもより体制が整っているとの判断から入院での経口負荷試験を行うこととなりました。ご質問がありましたらご遠慮なく担当医にお尋ねください。

注：厚生労働科学研究班による食物アレルギーの診療の手引き 2008

<http://foodallergy.jp/manual2008.pdf>

日帰り、1泊2日入院での食物アレルギー経口負荷試験をお受けになる患者様へ

- 1 あらかじめ指示した食べ物を当日ご持参ください。

固ゆで卵（沸騰したお湯で15分以上ゆで、殻をむいてきてください）

完全に火の通った、だし巻き卵

パックの牛乳

ヨーグルト

うどん（十分火の通っためんて、食べやすい長さに切ってきてください）

豆腐

その他（ ）

味付けに塩などを持参されても構いません。また、今まで食べて異常がなかったベビーフードに負荷する食べ物を混ぜても構いませんので担当医にご相談ください。

- 2 いつも使っている、食器、コップ、フォーク、スプーン、ストローなどお子さまが好むようなものをご持参ください。また、しっかり飲み込むため飲み物もご持参いただくようお願いいたします。

- 3 当日の朝は、すべての薬（飲み薬、塗り薬、吸入薬など）を中止してください。

- 4 病院にて昼食を提供します。日帰り入院の方は、お弁当をご持参いただいても構いません。

- 5 費用：食費と入院・試験費用（3割負担の場合約18,000円）と雑費がかかります。乳児医療証がある場合は食費・雑費のみとなります。

- 6 当日体調が悪い場合は、試験の延期をさせていただきますのでご連絡ください。

静岡済生会総合病院小児科 054-285-6171

実施手順

- 1 検査予定日の決定 平成 年 月 日

- 2 当日は9時30分までに病院1階入院センターにて入院手続きを行ってください。

- 3 入院手続き終了後、北5階病棟へお越しください。

- 4 病棟オリエンテーションと担当医の診察の後、食物を負荷していただきます。

- 5 実施要領に従い負荷試験を開始します。試験はお昼ごろまでかかります。

- 6 昼食をとっていただきます。特に異常がなければ退院の手続きを行います。

- 7 病棟ナースのヘルスチェック後、担当医の指示にて14時頃に退院ができます。

- 8 負荷試験中に誘発症状があれば抗ヒスタミン薬などの内服、気管支拡張剤などの吸入、場合によっては注射や点滴など必要な処置を行い症状が十分改善するまで経過観察します。治療上必要な場合はお泊まりいただくこともあります。

同意書

静岡済生会総合病院小児科

_____ 殿

わたしは食物アレルギー経口負荷試験の方法、予測される効果、副作用などについて、別紙文書の配布とともに十分に説明を受けました。

また、この試験に同意した場合でもいつでも試験の参加をとりやめることができること、試験実施中に有害事象が発生した場合には直ちに適切な処置がなされること、さらに試験参加に同意しないでも全く不利益を受けないことについても理解しました。

以上、了解いたしましたので、この試験への参加を同意いたします。

平成 年 月 日

同意人本人 氏名 _____ 印

住所 _____

同意人保護者 氏名 _____ 印

患者との続柄 _____

住所 _____