

鎮痙薬使用 問診・同意書

●鎮痙薬使用の目的

この検査では消化管の動きを抑える鎮痙薬(ブスコパン)を使用します。投与は筋肉注射により行います。腸管の蠕動運動を抑えることで画質が向上し、病気の状態をより正確に評価できます。

●鎮痙薬使用に伴う副作用

使用後はまれに口の渇き、目の調節障害、動悸、めまい等の副作用を起こす場合があります。しばらく物が二重に見えたり、明るい所でまぶしかったりすることがありますので、1時間ほど車の運転はお控え下さい。

ご不明な点がございましたら、主治医または検査担当者に遠慮なくご質問ください。病状によっては使用出来ない場合があります。必ず以下の問診の記入をお願いします。

●該当する項目にチェックを入れてください

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 重篤な心疾患 |
| <input type="checkbox"/> 出血性大腸炎 | <input type="checkbox"/> 麻痺性イレウス |
| <input type="checkbox"/> ブスコパンに対し過敏症の既往 | <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大による排尿障害 | |

鎮痙薬使用 同意書

【患者記入】

鎮痙薬使用の目的、副作用について医師からの説明を理解し、注射を受けることについて

- 同意します 同意しません
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます)

記入日：_____年 _____月 _____日 本人署名_____

又は代理人(※親権者)署名_____ 続柄_____

※患者様が未成年の場合、親権者氏名の記入もお願い致します。

【医師記入】

上記署名者に対し薬剤使用について、その必要性和内容および起こりうる副作用などについて説明しました。また上記確認の上、鎮痙薬(ブスコパン)の使用を、

- 可 不可 とします。

説明日：_____年 _____月 _____日 医師署名_____