|  |
| --- |
|  |
|  | 済生会日田D0220-0（1/2） |
|  | **説　明　書****＜子宮卵管造影＞** |

私は下記医療行為の必要性、緊急性、危険性および合併症などについて説明致しました。

|  |
| --- |
| **【医療行為名】**（手術、その他検査等） |
| 　 | 子宮卵管造影（ＨＳＧ） |
|  | レントゲン透視下に子宮と卵巣をつなげている両側の卵管を造影剤を用いて描出します。 |
|  |  |
| **【説明の内容】**（検査の目的、方法等） |
|  | ・検査目的：卵管の開存状態をみる検査です。卵管は卵子と精子の通り道で、受精する場所です。 |
|  | 　卵管が詰まっていたら、受精することができないため自然な妊娠は不可能となります。 |
| 　　　　　　　 また、検査をすることで軽度の詰まりであれば卵管の通りが良くなることもあります。 |
|  | ・造影方法：子宮の入り口から管を入れて、造影剤を子宮内から卵管へ流し込み、子宮の状態、 |
|  | 両側卵管の通りをみます。 |
|  |  |
| **【子宮卵管造影を実施した場合の利点と欠点・副作用について】** |
| 　　利　　点：最も大きな利点は妊娠しやすくなることです。両側の卵管を造影剤で押し流すことに　 |
|  | 　　　　 　より、卵管の通りや動きがよくなり、妊娠しやすくなります。 |
|  | 　　　 　　また、卵管の詰まりなどがわかると、その後の治療方針が決定しやすくなります。 |
|  | 欠　　点：痛み（鎮痛剤にて対応しますが、痛みを伴うことがあります）。　　 |
|  | 副 作 用：①造影後腹膜炎　頻度は低いのですが、子宮や卵管内の細菌が造影剤を流すことで腹腔内 |
|  | 　　　　　　 　　　　　　　に入り、腹膜炎を起こすことがあります。 |
|  | 　　　　　 ②造影剤の残留　造影剤はお腹の中ですぐに吸収されないため、半年から1年くらいお腹の |
|  | 　　　　　　　　　　　　　 中に残ります。特に悪影響はありませんが、健診などでレントゲンやＣＴ |
|  | 　　　　　　　　　　　　　 をとるときに残った造影剤が写ってしまいます。 |
|  | 　　　　　 ③ヨードの影響　造影剤にはヨードが含まれています。ヨードは甲状腺機能に影響するため |
|  | 　　　　　　　　　　　　　 甲状腺機能異常などがある患者さんは注意が必要です。 |
|  | 　　　　　　　　　　　　　 また、ヨードアレルギーがある方、喘息をお持ちの方には使用できない |
|  | 　　　　　　　　　　　　　 こともあります。 |
|  | 　　　　　 ④その他、発疹や気分不良等の副作用がでることもあります。 |
|  |  |
| **【子宮卵管造影を実施しない場合の不利益】** |
|  | もし卵管が閉塞していた場合、タイミング療法や人工授精を行っても妊娠は困難となります。 |
|  |  |
| **【他に選択しうる治療法】** |
|  | 造影剤の代わりに水を流す卵管通水法や空気を流す卵管通気法もありますが、卵管の開存を客観的に |
|  | 評価できないため検査精度は劣ります。 |
|  |  |
|  |  |
|  | 済生会日田D0220-0（2/2） |
| **【同意書の撤回について】** |
|  | 同意書をいただいた後でも、同意を撤回することはできます。また、同意しない場合でもその後の治療 |
|  | に不利益をうけることはありません。 |
|  |  |
| **【緊急時の対応について】** |
|  | 子宮卵管造影中に、予期せぬ事態が発生した場合は、担当医が最善の対処をいたします。 |
|  |  |
| **【検査後の説明について】** |
| 　 | 宮原レディースクリニックにて後日、検査結果の説明を行います。 |
|  |  |
| **【その他】** |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年　月　日** |  | **説明医師** |  | 印 | **（診療科** |  | **）** |
|  | **同席者（病院側）** |  | **（所　属** |  | **）** |
| [ ]  病院側同席者なし（原則同席者を必要とするが、やむを得ない場合のみ） |

**患者意思表明書**

大分県済生会日田病院長　殿

私は、　　　年　　月　　日に実施する子宮卵管造影の必要性や手技、合併症等について十分な説明を受け理解し納得しましたので、以下に意思を表明し署名します。

同意する

（　　）上記の医療行為を受けることに同意します。実施中に緊急の処置を要する場合は、適宜処置されることを承諾します。

同意しない

（　　）今回は上記医療行為を受けることを見合わせます。

（　　）セカンド・オピニオンを希望します。

（　　）その他の選択（　　　　　　　　　　　　　　　　　）を希望します。

**年　　月　　日　　患者（又は代理人）　　　　　　　　　　　　　　　（患者との続柄：　　　　）**

**年　　月　　日　　同席者（患者側）　　　　　　　　　　　　　　　（患者との続柄：　　　　）**

**□**　患者側同席者なし

＊　患者本人が未成年の場合、又は署名ができない場合のみ**代理人**（保護者・家族・身元引受人等）が記載してください

＊