

ケナコルト注射同意書

下記の疾患や内服中のお薬がある場合チェックを入れてください。

注射することが出来ない病気

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある。 | |
| <input type="checkbox"/> 有効な抗菌剤の存在しない感染症、全身の真菌症 | |
| <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 | <input type="checkbox"/> 最近行った内臓の手術創のある |
| <input type="checkbox"/> 精神病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 結核性疾患 | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 |
| <input type="checkbox"/> 単純疱疹性角膜炎 | <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 |
| <input type="checkbox"/> 後のう白内障 | <input type="checkbox"/> 脂肪肝 |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 脂肪栓塞 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 感染症 |
| <input type="checkbox"/> 電解質異常 | <input type="checkbox"/> 腎不全 |
| <input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 肝硬変 |
| <input type="checkbox"/> 動脈留 | <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 血栓症 | <input type="checkbox"/> 高齢者 |

内服中だと注射することが出来ない薬

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 経口避妊薬（エストロゲン） | <input type="checkbox"/> ワルファリン |
| <input type="checkbox"/> ステロイド | <input type="checkbox"/> ソマトロピン |
| <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 | |

副作用

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1 誘発感染症、感染症の増悪 | 8 精神変調、うつ状態、痙攣 |
| 2 続発性副腎皮質機能不全 | 9 骨粗鬆症 |
| 3 糖尿病 | 10 大腿骨及び上腕骨等の骨頭無菌性壊死 |
| 4 消化性潰瘍 | 11 ミオパシー |
| 5 膵炎 | 12 緑内障、後嚢白内障 |
| 6 血栓症 | 13 失明、視力障害 |
| 7 ショック、アナフィラキシー | 14 喘息発作の増悪 |

担当医師より、注射による上記疾患の増悪や副作用について十分な説明を受け了解したので、ケナコルト注射の実施を承諾致しました。

令和 年 月 日

受診者署名

印