

インプラント手術・骨誘導再生手術における同意書

1 インプラント治療及び付帯手術の目的、長所及び短所

私は今回の手術（インプラント手術・骨誘導再生手術）の目的、長所及び短所に関する説明を受けました。

2 治療手段の選択

私の主治医は私の口の中を注意して診査・診断し、選択可能な治療手段も考えられそれらの治療手段を選択することも検討しましたが、やはり私は今回の手術を希望します。

3 失敗時の説明

いくつかの手術の失敗ケースでは、歯肉・骨・歯等の組織およびインプラントを除去しなければならないことや下唇や舌等の知覚麻痺を生じる可能性があることに

ついて説明も受けました。

また、歯肉や骨の治る早さは口の中の部位や全身状態によって差があることについても説明を受けました。

4 全身疾患の再確認

私は主治医に私自身に関する内科的そして精神的な既往歴及び現病歴（食物や薬剤等に対するアレルギー・以上出血・高血圧・糖尿病 等）について説明しました。

また、現在服用している薬剤名も報告しました。

5 麻酔薬について

麻酔薬は主治医の選択に任せます。また、手術後は最低でも24時間もしくは完全に麻酔薬と薬剤の影響から回復するまでは自転車やバイクに乗らず、危険な器械を扱いません。

6 生活指導の同意

私は主治医の生活指導（タバコ・アルコールなど嗜好や糖分の摂取、ホームケアの方法）に同意し、手術後は勿論のこと主治医の指示する定期検診にも応じます。

7 プライバシーの保護

私自身のプライバシーが保護される限り、医学及び歯学進歩のために写真やレントゲン、その他の器械による撮影や記録に協力することに同意します。

8 治療手技の変更

このたび、包括的治療として成功するために追加すべき治療手技は熟慮の上で行われることをよく理解しました。私は私のために最良の手技と感じたなら、設計や材料の変更を認めます。

9 最終確認

このたび、私は外科的な治療（インプラント手術・骨誘導再生手術）を受けるにあたり、その内容について説明を受けよく理解しましたのでお願いしたいと思いません。

また、実施中に緊急の処置を必要とする場合は、適宜処置されることも承諾いたします。

以上の項目全てに同意いたします。

平成 年 月 日

氏名 _____