



## 手術・検査・治療法など診療行為に関する説明および同意書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様が \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に受ける診療行為について下記のとおり説明しました。

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師 歯科口腔外科・氏名 \_\_\_\_\_

- 説明内容
1. 診療行為名
  2. 必要理由
  3. 方法の概略
  4. 麻酔
  5. 合併症・実施後の身体的障害の程度
  6. 別の手段
  7. 実施しない場合の予後
  8. 感染症検査について
  9. 費用について

## 説明内容の要点

1. 診療行為名  
〇〇〇洞底挙上手術（サイナスリフト）、インプラント埋入〇〇〇〇部。
2. 必要理由  
審美的機能的咬合の再建を目的にインプラント出来るように上顎骨を造成します。同時にインプラントを〇本設置します。
3. 方法の概略  
歯茎を切開し〇顎洞底を開窓して〇顎洞粘膜を傷つけ無いようによけて、インプラントを設置の上、人工骨と自己血小板を填入します。
4. 麻酔  
局所麻酔。
5. 合併症・実施後の身体的障害の程度  
1週間程度腫れを生じます。明日・明後日位に薄い鼻血が出るかもしれません。皮下出血の色が5日目から10日目位に出現する事があります。口や鼻に強い圧力かける事は4・5日避けてください。
6. 別の手段  
義歯の使用。
7. 実施しない場合の予後  
現状のまま。
8. 感染症検査について  
異常なし。
9. 費用について  
当院規定価格表により説明した通りとなります。

医療法人 川崎病院院長 殿

私は、上記診療行為について、担当医師から十分な説明を受け、承諾しましたので診療行為を受けることに同意します。また上記実施に必要な処置、麻酔を受けることも併せて同意します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(又は親権者) \_\_\_\_\_ (自署)

または同意者 \_\_\_\_\_ (患者との続柄) \_\_\_\_\_ (自署) 説明を聞かれた方が記入してください

※尚、同意署名後であっても当治療を拒否・撤回をすることは任意であり、当治療の拒否あるいは撤回によって不利益を生じることとはございません。当内容は当院規定の個人情報保護規定により保護されます。