

## 手術を受けられる方へ 説明・同意書

私は患者 \_\_\_\_\_ 殿に対して、下記手術の必要性、危険性、及び合併症などについて説明しました。

1. 手術名称：

2. 病名：

3. 病状説明：このまま放置すれば、増大・感染または悪性化する危険性があります。

4. 手術内容：局所麻酔下に、上記手術を施行します。

5. 術中術後の危険性：局所麻酔、手術、術後の経過を通じて以下の危険性があります。

早期の併発症：感染、出血、アレルギー、血腫の形成を引き起こす可能性があります。

上記により創部が離開する可能性があります。

離開した場合、治癒が遅延したり、傷跡が目立ったり可能性があります。

晩期の併発症：症状の残存、再発・肥厚性瘢痕が生じる可能性があります。

上記何れかの理由により処置や再手術が必要となる可能性があります。

また、再手術をしても修正できない場合もあります。

6. 術後経過：経過が良好ならば、抜糸は約1週間後の予定です。

その後3ヶ月間のテーピングをして頂きます。

尚、傷痕が完全に消えるということはありません。

7. その他：この同意書の内容や医師の説明に分からないことや、気になることがありましたら、お聞き下さい。

説明医師 津田達也 印

私は、上記内容の説明を医師から受け、麻酔・手術・検査が行われることに同意します。

なお、この手術・検査実施中に、緊急処置が必要となった場合には、その処置を受けることについても同意します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
親族または代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_ )