

手術同意書

患者 _____ 様の手術に関して、以下の通り説明いたしました。

1. 抜歯部位・診断名

$\frac{8}{8} \mid \frac{8}{8}$

水平埋伏智歯・埋伏智歯・智歯周囲炎・骨性埋伏智歯・う蝕

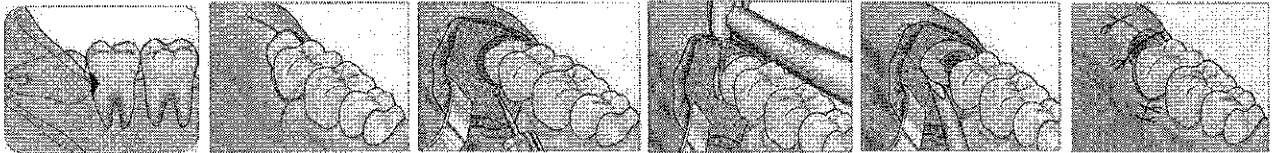
2. 親知らず抜歯の必要性について

- ☐ 親知らずが傾斜したり骨に埋まっており、萌出する可能性が低い。
- ☐ 親知らずの周りに汚れがたまり、歯肉に炎症を起こす可能性がある、または起こしている。
- ☐ 手前の歯（第二大臼歯）との間に食片が入り虫歯や歯周炎の原因になっている。
または、虫歯が進行する可能性があり、放置しておくと将来第二大臼歯も抜歯となる可能性がある。
- ☐ 歯列不正の原因になっている。もしくは将来その可能性がある。

3. 手術（処置）の具体的方法について

抜歯する周囲の歯肉に麻酔の注射を行います。

- ① 麻酔 ② 切開 ③ 歯肉剥離 ④ 骨を削る ⑤ 抜歯 ⑥ 縫合



手術翌日に消毒・洗浄、1週間後に抜糸を行います。

4. 手術（処置）により起こりうる合併症（副作用）

- ① 術後の腫脹（術後2～3日がピーク、約1週間で消失）、疼痛（1～2週間）、出血、開口障害
- ② 発熱、感染・治癒不全
- ③ 下唇・オトガイ部・舌の知覚鈍麻（しびれ）
- ④ 皮膚の内出血
- ⑤ 上顎洞との交通
- ⑥ ドライソケット（血の塊が取れて傷口がしみる、痛いといった症状）

肥後歯科口腔外科クリニック

令和 年 月 日

説明した医師（署名） _____

立会人（衛生士・歯科助手） _____

上記の説明を理解し納得しましたので、治療を受けることに同意します。

氏名 _____