

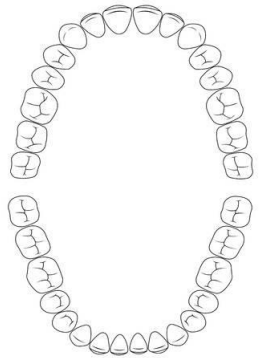









歯周外科手術を受けられる方の治療計画書（患者さん用）

担当医

様

手術予定日： 年 月 日（ ） 時 分

- ・この治療計画書は標準的な計画書です。患者さんの状態によって変わる可能性もあります。
- ・予約および予約の変更、異常症状がございましたら _____ にご連絡ください。

手術同意書（ 年 月 日）		手術前日	当日（手術前）	当日（手術後）	手術後 日
<p>このたび、私の歯周病の治療に関して診断診察の結果を（ ）歯科医師から説明を受け歯周外科手術（ ）を必要とすることがわかり、その <input type="checkbox"/> 理由、<input type="checkbox"/> 目的、<input type="checkbox"/> 方法、<input type="checkbox"/> 期待しうる成果、<input type="checkbox"/> 起こりうる合併症、<input type="checkbox"/> 後遺症の予測、<input type="checkbox"/> 同意の撤回 等についても十分な説明を受けましたのでその実施について承諾し、依頼します。</p> <p><input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 器具の破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> 	治療		<ul style="list-style-type: none"> ・体調の悪い場合は前もって担当医またはスタッフにご相談下さい。 ・手術中、痛みを感じたり、ご気分が悪くなった場合は遠慮なく、左手をあげて合図して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・気分がすぐれない場合は、しばらく休んでからお帰り下さい。 ・手術部位が腫れることがありますが、温めたり冷やしたりしないで下さい。 ・手術部位の保護のために歯肉の包帯をしています。外れたらご連絡下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・お口の診察をします。 ・洗浄と抜糸を行います。
	食事	通常通りお取り下さい。	手術1時間前までに食事を済ませて下さい（空腹をさけて下さい。）	麻酔が効いていて頬や唇がしびれている状態です。熱い物、冷たい物、頬を噛んでも感じにくいです。しびれが取れてから飲食して下さい。	
	活動	休憩と睡眠を充分におとり下さい。	<ul style="list-style-type: none"> ・車やバイクをご自分で運転して来院することは控えて下さい。 ・禁煙を心がけてください。  	<ul style="list-style-type: none"> ・手術後は安静が必要です。仕事などの予定を入れないようにして下さい。 ・激しい運動や飲酒、タバコはさけて下さい。  	
	手術前のお薬			担当医の指示に従って下さい。	
	清潔	丁寧に歯磨きをして下さい。	手術前に丁寧に歯磨きをして下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術部位を避けて歯磨きして下さい。 ・うがいをする場合はやさしくして下さい。 ・入浴は長湯をさけて下さい。 	手術部位の治療状態に応じて、歯磨きの方法や歯ブラシの硬さなどを説明します。
説明		<ul style="list-style-type: none"> ・担当医より治療について再度説明があります。 ・スタッフが、体調についてお伺いし、手術後気をつけていただくことを説明いたします。 	翌日に手術部位の洗浄と消毒が必要な場合がありますので担当医と予約時間を相談してください。		
患者署名	続柄				
保護者署名					
<input type="checkbox"/> 年 月 日 同意書取得済					

歯周外科手術の同意撤回文書

このたび、歯周外科手術を受けることに同意いたしましたが、都合により同意を撤回いたします。

年 月 日

患者署名

保護者署名

続柄