## 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 (	)	 <u>分</u>

- ・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。

「小りのより」「小りの友丈、共市症状がこといよしたり_			にこ建心へたらい。		
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
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□理由、□目的、	治療	Q Q.	<ul> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul><li>お口の診察をします。</li><li>洗浄と抜糸を行います。</li></ul>
□ 方法、□ 期待しうる成果、□ 起こりうる合併症、□ 後遺症の予測、□ 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。	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。	
□ 疼痛 □ 出血 □ しびれ □ 腫れ □ 感染 □ 器具の破損 □ その他( )	活動	休憩と睡 眠を充分 におとり 下さい。	<ul><li>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。</li><li>禁煙を心がけてください。</li></ul>	<ul><li>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。</li><li>激しい運動や飲酒、タバコはさけて下 さい。</li></ul>	
	手術前の	000		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><li>手術部位を避けて歯磨きして下さい。</li><li>うがいをする場合はやさしくして下さい。</li><li>入浴は長湯をさけて下さい。</li></ul>	手術部位の治癒状態に応じて、歯磨きの
<ul><li>患者署名</li><li>保護者署名</li><li>添柄</li><li>□ 年月日同意書取得済</li></ul>	説明		<ul><li>担当医より治療について再度説明があります。</li><li>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。</li></ul>	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。	方法や歯ブラ シの硬さなど を説明します。

## 歯周外科手術クリニカルパス(診察用)

担当医

<u>患者No.</u>	氏名	手術予定日:	年 月 日(	<u>( ) 時 分</u>
	【通院中の医療機関名・主治医:		1	
手術同意書( 年 月 日)	術前 確認事項	<del></del> 頁	手術当日 (月日)開始時間:	終了時間
			□ 部位確認	□ 遺物遺残確認
の結果を( )歯科医師から説明を	   心疾患 (有 無)		( )	・縫合針
受け歯周外科手術( )を必	高血圧症(有無)		□ 体調	・スチールバー
要とすることがわかり、その □ 理由、 □ 目的、	   呼吸器疾患 (有 無)	□手術前 服薬確認	S)	・スケーラーの先
□ 方法、□ 期待しうる成果、□ 起こりうる合	 肝疾患 (有 無) □	麻酔:伝達  浸潤		□ 止血確認
并症、□後遺症の予測、□同意の撤回 等に	   糖尿病 (有 無) □	麻酔薬:	□ バイタルサイン測定	□ 廃棄確認
7/22、 □	   骨粗鬆症 (有 無)		・モニター監視(有無)	○危険物
こついて承諾し、依頼します。		バイタルサイン測定	【術前】	・縫合針
こういて外面し、区様しより。	   脳疾患 (有 無)	BT= °C	BT= °C	・注射針
〕 疼痛 □ 出血	   精神疾患 (有 無)	BP= / mmHg	BP= / mmHg	・メス刃
〕 しびれ   □ 腫れ	その他(有無)	(普段: )	P= /分	・カートリッジ
〕 感染 □ 器具の破損	( )	P= /分	SpO <sub>2</sub> = %	〇 血液付着物
] その他( )	   □ 現在内服・投与中の薬剤名	SpO <sub>2</sub> = %	【術中(麻酔後)】	・ガーゼ
			BP= / mmHg	・覆布
		手術内容説明の確認	P= /分	・グローブ
		納得できている・やや不十分)	SpO <sub>2</sub> = %	□帰宅方法
			 【術後】	
		内服薬指示の確認	BP= / mmHg	□術後生活療養指導
		納得できている・やや不十分)	P= /分	
**************************************		11)14 CG C0.20 ( / / / / / / / / / / / /	SpO <sub>2</sub> = %	【特記事項】
1 +	【特記事項】 □	AED・救急カート設置場所の		
是者署名 日蓮 4 署名		確認		
震護者署名 続柄 易 見 見 意 表 取得 注			1=	
] 年 月 日 同意書取得済		担当(	担当(	)

## 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