

歯周再生手術同意書

患者名： 様

今回、当院において主治医からの説明を受け、貴殿の同意のもとに歯周再生手術を行うことになりました。すでに十分な説明を受けて治療内容に関してはご理解されておられるとは思いますが、治療を受けられる前に再度確認を取らせて頂きます。

歯周再生療法は、近年飛躍的な進歩により非常に良好な結果が得られるようになりましたが、必ずしも100%成功するものではありません。患者さんの体質、病変部の状態、術後の管理状態などにより、万全の体制で治療を行ったとしても予測した結果が得られないこともあります。つきましては確認事項として下記の項目をお読みいただき、同意書に自筆にて署名をお願いいたします。

〇〇歯科医院 院長

[確認事項]

1. 私は歯周再生療法について、その目的・利点・欠点、治療計画および治療費などの説明を受けました。
2. 私は歯周再生療法で起こり得る合併症について説明を受けました。この合併症とは、一過性の炎症・疼痛・腫脹、知覚過敏症・組織治癒遅延・術部顔面部の内出血、あるいは唇、舌、頬部などの感覚麻痺など。
3. 私は喫煙・全身疾患の影響により歯周組織の創傷治癒が遅延することや歯槽骨の再生量が減少する可能性が高くなること、また再生量には個人差があることを理解しております。
4. 手術中に病状が予想より進行しており歯牙の保存が難しいと判断された場合は、歯周再生手術を断念する可能性があることを了解しています。
5. 私は、歯周再生手術が必ずしも100%成功するものではないことを理解しており、その場合は追加的な治療が必要なことを理解しています。
6. 処方された薬剤の服用により吐き気、眠気、咳、湿疹などの一時的な副作用が現れることがあります。このような場合医師の指示に従います。
7. 手術終了後、体調が整うまで自動車などの運転をしません。
8. 術前・術中・術後にX線写真および記録写真撮影を行うことを了解しております。
9. 歯周再生療法後はメンテナンス（定期検診）が必要で、治療の成否に影響することを理解しています。
10. 上記の項目を理解したうえで歯周再生手術を希望し、手術に同意するとともに、治療に関して医師の指示に従います。

平成 年 月 日

患者住所

患者 署名