

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 : 結膜側下眼瞼脱脂術

2. 手術内容 : 局所麻酔下に、上記手術を施行します。
下眼瞼（下まぶた）の結膜側（裏側）を小切開し、目のクマの原因となる「眼窩脂肪」を切除します。

4. 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。
必発する症状 : 手術をした部位が腫れます。個人差はありますが数日で消失します。
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、再発が生じる可能性があります。
目の下の窪みが術前よりかえって凹んで見えることがあります。
逆まつげを生じる可能性があります。

上記何れかの理由により再手術が必要となる可能性があります。

5. 術後経過 : 手術当日の入浴は禁止です。また、ガーゼは貼付したままにしておいてください。
翌朝ガーゼは外して構いません。洗顔・入浴も翌日から可能ですが、目の周りはやさしく洗ってください。
術後7日間は激しい運動は避けてください。上記合併症の発生率が高くなります。
コンタクトレンズの使用は、7日間は控えてください。

7. その他 : この同意書の内容、手術前後の説明に分からないことや、術後経過で気になることがありましたら、いつでもお聞き下さい。

年 月 日 説明医師 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。
なお、私は次のようなことを希望します。

年 月 日

患者氏名 _____ 印
親族または代理者氏名 _____ 印（続柄 _____）