

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 : 皮膚皮下腫瘍摘出術、病理組織検査
2. 病名 : 皮膚皮下腫瘍
3. 病状説明 : このまま放置すれば、感染または悪性化する危険性があります。
4. 手術内容 : 局所麻酔下に、上記手術を施行します。
腫瘍を辺縁ぎりぎり切除します。
腫瘍切除後の皮膚欠損部は、縫縮、あるいは周囲の皮膚を利用して閉創します。
傷痕はなるべく目立たないように縫合します。
切除した標本は必要に応じ病理組織検査に提出します。
5. 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。
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 : 再発、肥厚性瘢痕が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。
6. 術後経過 : 経過が良好ならば、抜糸は約1週間後の予定です。
その後3ヶ月間のテーピングをして頂きます。
尚、傷痕が完全に消えるということはありません。
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 _____)