

抜歯手術説明書

No.

様

臨床診断名

- う蝕（むし歯） 歯周病（歯槽膿漏） 埋伏歯
歯根破折 その他（ ）

部位



上記の診断で、抜歯手術が妥当であることを説明いたしました。
処置は局所麻酔下に行い、術後出血がある場合は縫合など適切な処置を行います。
術後は感染予防のために抗菌薬を処方することがありますので、指示通りお飲みください。
術中術後に生じる偶発症について以下の通り説明いたします。

術後出現する可能性のある症状および後遺症

- 術部の傷跡
- 1～2週間程度の痛み（ピークは術当日、翌日）
- 1～2週間程度の腫れ（ピークは術後2, 3日）
- 術部からの出血、頬や顎まわりの内出血（あざ）
- 開口障害（口の開けにくさ）
- 下顎智歯（下の親知らず）の場合
 - 下歯槽神経の知覚麻痺
（手術を行った側の下唇、歯肉、顎の皮膚の感覚異常、知覚鈍麻 500人に1人程度）
 - 舌神経の知覚麻痺（きわめてまれ）
- 上顎臼歯の場合
 - 上顎洞穿孔（抜いた傷が鼻に抜ける）、穿孔に伴う鼻出血（鼻血）
 - 二次的な上顎洞炎（蓄膿）
- 隣の歯の揺れ、噛んだ時の痛み、冷たいものなどでしみる
- 術後感染、治癒不全
- ドライソケット（骨の露出、それに伴う感染）
- 術中の長時間開口による顎関節の一時的な痛み
- 歯の一部の残存（根が曲がっている、癒着している、神経に近いなどの場合）
- 骨隆起の出現

他、不測の事態が生じた場合は医学的見地に基づき最良と思われる処置を施します。

20 年 月 日

院長 上園明日見



かなめフラワーパーク歯科
KANAME FLOWER PARK DENTAL CLINIC

東京都豊島区千早1-36-12 セビア千早町1F

手術同意書

かなめフラワーパーク歯科 院長殿

私は貴殿から抜歯の必要性および治療内容、術後出現する可能性のある症状について十分な説明を受け、それを受けることについて同意します。この説明を受け、承諾したことについてはのちに異議の申し立てをいたしません。また、過去1年以内に受けた他院の医師の「診察・検査・治療・投薬内容」を申告いたしました。なお、このたびの処置に関連して緊急の場合または医学上の立場からも処置の内容を変更する必要がある場合には、その処置を受けることについて同意します。

20 年 月 日 患者または保護者、代理人氏名_____（自署）