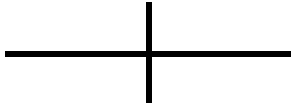


酒匂歯科 手術説明・同意書（2026年6月版）

☐ 手術予定日

西暦 年 月 日（ ）

☐ 予定手術部位



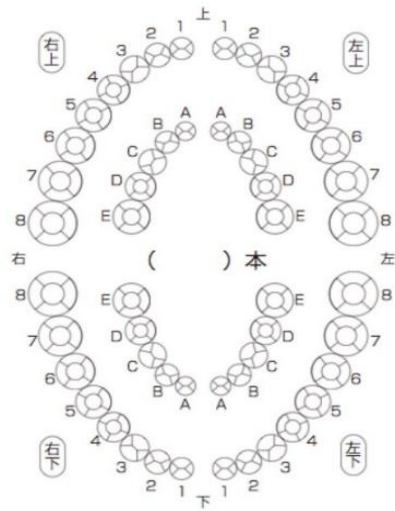
☐ 予定手術名

☐ 抜歯

☐ 歯根端切除術

☐ 嚢胞摘出術

☐ _____



☐ 予想される手術後合併症

腫れ、痛み、出血、開口障害、嚥下障害、摂食困難、内出血斑、
抜歯部位の治癒遅延や感染、周囲歯の知覚過敏症状、違和感

☐ まれに起こる合併症

皮下気腫、使用薬剤のアレルギー反応、手術中のショック、歯根迷入など

☐ 偶発症

☐ 抜歯窩閉鎖不全による口腔上顎洞瘻孔、上顎洞炎の継発

☐ 神経麻痺（口腔粘膜、舌粘膜や皮膚の知覚異常や麻痺、味覚障害など）

☐ 抜歯2回法が安全で望ましい場合は術中に切り替えることがあります。

以上、説明しました。説明日 西暦 年 月 日

説明医（自署）

説明を十分に受け、手術の必要性和方法、結果、他の治療法（手術を回避した場合の予後）
および上記の合併症の可能性を理解し手術を行うことに同意します。また術中術後に予測不能な
偶発症などにより緊急の処置をする必要が生じた場合は、他病院へ搬送もしくは後送紹介されること
についても同意しました。

同意日 西暦 年 月 日 患者氏名（自署）

保護者もしくは後见人 氏名（自署）