　　　　**歯周外科手術同意書**　　

1. 私は主治医から歯周治療の複数の方法について説明を受けました。これら複数の治療方法について検討した上で、歯周外科手術を選択しました。
2. 歯周外科手術を行うことで歯周環境の改善が見込めますが、歯周病が完治するわけではないことを理解しました。
3. 歯周外科手術後は、外科処置後に得られた口腔内環境を長期的に維持するため、毎日のホームケアや食生活に留意し、定期的な医院でのプロケアが大切なことを理解しました。
4. 喫煙やアルコール、糖尿病などの慢性疾患は、歯肉・骨の治癒に影響があることを理解しました。
5. 歯周外科手術後の合併症として、以下のようなことが起こる場合がある説明を受けました。
6. 歯が長く見える
7. 知覚過敏の併発
8. 根面虫歯のリスク増大
9. 外科処置、薬、麻酔によって起こりうる問題点について説明を受けました。手術時のリスクとして、極めて稀ですが以下のようなことが起こる場合がある説明を受けました。
   * 1. アレルギー反応
     2. 一過性血圧低下
     3. 血管の損傷に伴う多量の出血
     4. 手術による創傷感染
     5. 神経の損傷に伴う運動麻痺、知覚麻痺
     6. 筋肉の損傷に伴う運動障害
     7. 歯の脱臼・亜脱臼
     8. 補綴物の脱離
10. 処置を受けた後の歯肉の治癒の能力には個人差があり、事前には予測できないことを理解しました。
11. 歯周病によってなくなった骨を再生させる目的で、歯周外科手術と同時に歯周組織再生療法（エムドゲイン・リグロス）を行う場合、歯周組織再生療法によって必ずしも骨が再生するとは限らず、術後のプラークコントロールやメンテナンスにも左右されることを理解しました。
12. 私は麻酔の選択について主治医の選択に同意します。
13. 私の知る限りの心身両面の既往歴、アレルギーや異常反応、健康状態を正確に主治医に伝えました。
14. 私は個人名など個人情報が秘匿される確約を得ましたので、治療の経過が記録され医学の発展のために用いられることに同意します。

○○歯科医院

院長　○○ ○○　殿

* 私は、以上の事柄に同意し、歯周外科手術を希望致します。

　　　　年　　月　　日　　ご署名：　　　　　　　　　　㊞