

手術説明書・同意書



【病名】

【手術・検査名】皮膚腫瘍摘出術・皮膚生検

【麻酔方式】局所麻酔（注射・クリーム・テープ）

【麻酔既往】無・有

【アレルギー】無・有（ ）

【感染症】無・有

（術前に採血をして確認させていただきます）

【抗凝固剤内服】無・有

（内服薬名： ）

【リスク・副作用】

- ・出血・血腫・内出血
- ・感染（細菌感染を予防のため抗生物質を処方します）
- ・縫合不全
- ・疼痛（痛み止めを処方します）
- ・麻酔薬に対するアレルギー
- ・術後神経障害
- ・再発、瘢痕、ケロイド、色素沈着、その他の予期せぬ偶発症

【アフターケア】

- ・摩擦を与えないようにして下さい。
- ・当日は激しい運動、シャワーを含む入浴、飲酒は控えて下さい。
- ・副作用が続く場合は速やかにご連絡下さい。
- ・術後の再診や抜糸の予定は医師の指示に従って下さい。

上記の説明を受け、十分に理解し施術を受けることを承諾します。

同意日 年 月 日

氏名 _____

電話番号 _____

保護者名 _____

（未成年の場合は保護者の同意を必要とします。）