**インプラント治療にあたっての説明同意書**

患者氏名

担当歯科医師：　　　　　　　　　　　　　　　　　同席者：

埼玉県戸田市新曽２００２－１

　　　　　　　　　　　　　　　北戸田COCO歯科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　田口　耕平　　印

手術方法：

□インプラント埋入手術、□自家骨移植手術、□人工骨移植手術、□上顎洞底挙上手術、

□骨再生誘導手術、□骨幅拡大手術、□仮骨延長手術、□即時負荷手術、

麻酔方法：

□お口の麻酔のみ、□精神安定剤服用とお口の麻酔、□静脈内鎮静法とお口の麻酔、□全身麻酔とお口の麻酔、

説明内容：

1. 手術予定部位
2. 手術の方法と内容について
3. 手術後の経過について
4. 麻酔方法について
5. インプラント治療で得られる利益とそのほかの治療方法について
6. 今回の手術における危険性・合併症・後遺症などの可能性について
7. 補綴方法とメインテナンス

治療費合計：　　　　　　円

私は、上記の治療について担当医から説明を受けましたので、処置を受けることに同意いたします。

患者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**『インプラント治療についての説明事項と確認』**

１．インプラント治療の目的と手順について説明を受け、その内容を理解できました。

２．インプラント以外の治療法についても説明を受け、十分に理解した結果、歯牙欠損の修復の助けとしてインプラント治療を希望します。

３．私の知る限り私の心身両面にわたる既往歴を正確に報告しました。

　　また、薬剤、食品、麻酔、花粉、などに対するアレルギーや異常反応、B型・C型肝炎、その他感染性の疾患、血液疾患やその他の全身疾患、異常出血あるいはその他のこれまでの健康状態、内服薬の内容等について正しく報告しました。

４．喫煙はインプラント治療の成功に悪い影響を与える可能性があることの説明を受け理解しました。

５．手術の際の外科処置、薬剤、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。術後に疼痛、腫脹、感染、内出血に伴う顔面皮膚の変色などが生じる可能性がある事、口唇・舌・オトガイ・頬・歯の知覚麻痺が起こる可能性がゼロではないことについても説明を受けました。

また血管の炎症、残存歯の外傷、鼻腔・副鼻腔への穿孔、治癒の遅れ、お薬によるアレルギー反応がおこる可能性について説明を受けました。

6**.**私は麻酔の選択について主治医の選択に同意します。

7．インプラント植立後の歯肉や骨の治癒能力を正確に予測する方法はなく、術後治癒の遅れが起こる可能性を理解しました。

8．インプラントの経過不良や撤去という事態もありうる事について説明を受けました。創の治癒については個人差があることについて説明され理解しました。

９．治療に用いられるインプラント体は純チタン製で現在までアレルギーの報告がほとんどないこと、支持骨増生に用いる材料は完全な人工産物あるいはご本人の自家骨を用いる事の説明を受け理解しました。

１０．インプラント治療を総合的に成功させるために必要であると医師によって判断された場合には、計画されている処置、手術、治療の術中、術後に付加的治療あるいは代替治療が必要になる可能性のあることを理解しております。

１１．糖尿病などの慢性疾患、ビスフォスフォネートなどの薬剤は歯肉や骨の治癒に影響があることを理解しました。私は指導された清掃方法を実行し、定期健診を受けることがインプラントを長持ちさせるために大切なことを理解しました。

12.歯ぎしりをされていると思われる場合にはナイトガード装着の必要があることをまた、治療後に突然歯ぎしりや食いしばりが起こりえる事も理解しました。

１３.メインテナンス時にインプラントの歯冠部の取り外しやネジの交換等が必要な場には費用が別途必要となります。

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。

埼玉県戸田市新曽２００２－１

北戸田COCO歯科　　　　　　　説明歯科医師　　田口　耕平　印

**以上、インプラント治療に際し十分な説明を受け同意致しました。**

令和　　　　年　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印