

手術同意書

このたび私の症状と手術につき 医師 飯田伸子からスライドと文章による説明を受け、以下に示す手術方法とその合併症について十分理解しましたので、手術を受けることに同意いたします。

1. 病状と手術の必要性

白内障の病状、白内障に対する手術の必要性

2. 手術方法

超音波水晶体摘出術＋眼内レンズ挿入術

3. 手術により予想される結果

矯正、眼鏡による視力の改善

4. 術後の補助療法

術後点眼、点滴、内服

5. 合併症

創口不全、後嚢破損、レンズ落下、レンズ偏位、術後感染症、眼内炎、その他(緑内障、網膜剥離)、後発白内障、水疱性角膜症、高眼圧症

6. その他

☆説明会に不参加のご家族様は、を入れて署名して下さい。

■手術説明書を読み、手術内容とその合併症について理解し、手術に同意します。また、合併症発生時に必要となる処置、治療については医師の判断に同意します。

年 月 日

本人氏名 _____

ご家族氏名 _____ (続柄)

★近親者がいないなど、ご家族の同意が得られない方のみを入れて下さい。

■手術を受ける私の同意のみで手術施行して下さい。

長谷川眼科医院