インプラントに関する情報

**１）**私はインプラント治療の目的と手順について説明を受け理解しました。

**２）**私は主治医からインプラント以外の治療方法について説明を受けました。これらの複数の治療方法についても考えてみましたが、インプラント治療を選択することにしました。

**３）**外科処置、お薬、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。外科処置に伴い疼痛、腫脹、感染、内出血による顔面皮膚の変色がおこる可能性があり、口唇、舌、顔、頬、歯の知覚麻痺がおこる可能性があることも説明されました。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。

**４）**処置を受けた後の歯肉や骨の治癒の能力には個人差があり事前には予測できないので　インプラントの失敗や除去という事態がおこる可能性があることを理解しました。

**５）**喫煙やアルコール、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大切なことを理解しました。

**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）**私の知る限りの心身両面にわたる既往歴、アレルギーや異常反応、これまでの健康状態を正確に主治医に伝えました。

**８）**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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者名　　　　　　　　　　印

大分市中央町１－３－２４

あべ歯科インプラントクリニック

阿部成善

**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：

大分市中央町１－３－２４　あべ歯科インプラントクリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　阿部成善　　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

1. インプラント治療は健康保険の対象になりません
2. 検査からメインテナンスまですべて自費治療（健康保険外）になります
3. 治療方針の中途変更および他の代替治療の可能性もあります
4. 上記の治療費は現状での総計です。治療内容が変更された場合には治療費総計も変わります

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。また裏面にあるインプラントに関する情報を読み理解しました。この度の処置に関して、緊急の場合または医学上の立場から処置の変更をする必要がある場合には、それを受けることについても同意いたします。また治療費は遅滞なく支払います。

患者署名　　　　　　　　　　　　　印　　家族署名　　　　　　　　　　　　　　　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、虫刺され、麻酔、花粉、塵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、歯肉や皮膚疾患、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。また、口腔清掃不良も同様で指導を受けた清掃方法を実行し指示どおりに定期検診を受ける事がインプラントを長持ちさせるために必要である事を理解しています。

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。

これらの持続時間は正確に確定できない事、また、薬剤の使用によるアレルギー反応などが起こり得る事についても説明を受け理解しています。

６．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。

７．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りインプラント治療あるいは手術の結果について保証あるいは確約できない事について説明され理解しました。

８．治療の有無にかかわらず、咬合の不調和、顎関節機能の障害、頭痛、首や顔面の筋肉痛、などが生じる可能性があることについて説明を受け理解しました。

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．インプラントを長期に維持安定させるには治療後、長くても半年おきの定期的な歯科医師の検診が必要で、それを怠るとインプラントに不具合が生じる可能性が高くなる事を理解しました。

１２.喫煙や、治療前より歯ぎしり・食いしばりをされていると思われる場合にはインプラントの寿命を短くすることを理解しました。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

場には費用が別途必要となります。

大分市中央町１－３－２４

　あべ歯科インプラントクリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　阿部成善　　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ので治療を依頼いたします。**

平成　年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　印

***生物由来製品の使用に関する同意書***

商品名　　　　　　　　　　　　　はFDA（米国食品医薬品局）またはAATB（米国組織バンク協会）の定める基準に従い国外においてヒト（または動物）から採取された臓器を科学的に処理して滅菌処置をおこなったうえで商品化した医療用材料です。日本国の厚生労働省は医療材料としての認可をおこなっておりませんので日本国内においては流通しておりませんし国内での使用を認めていません。唯一個人的な輸入に関しては、“使用する医師の完全な責任の下で、使用される患者の使用についての同意を得た上での使用”を求めています。

メーカー資料によるとエイズウィルス、C型肝炎ウィルス、ヒトT細胞リンパ球ウィルス、B型肝炎ウィルス、梅毒に対する検査をクリアしています。しかし検査の限界からきわめて稀にチェックできない感染症があります。

こうしたことから、当院では処置前後の感染症の検査をお勧めしています。なお日本国での生物由来製品の使用により感染症が発症した場合には生物由来製品感染等被害救済制度が整備されていますが、厚生労働省の認可を得ていない材料であり“使用する歯科医師の完全な責任の下で、使用される患者の使用についての同意を得た上での使用”ですので今回の生物製剤の使用により感染症が発症したものと判明した場合には　生物由来製品感染等被害救済制度は適用外となるとともに当院および患者様にすべての責任が帰します。

私はこのたび上記説明を受けました。

□内容を理解しましたので使用を承諾します。

□内容を理解しましたが使用に承諾しません。

□セカンドオピニオンを希望します。

平成　　年　　月　　日

患者本人署名　　　　　　　　　　　　　　　家族署名

大分市中央町１－３－２４

　あべ歯科インプラントクリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　阿部成善　　印