

網膜円孔・網膜裂孔に対するレーザー網膜光凝固治療についての説明と同意書

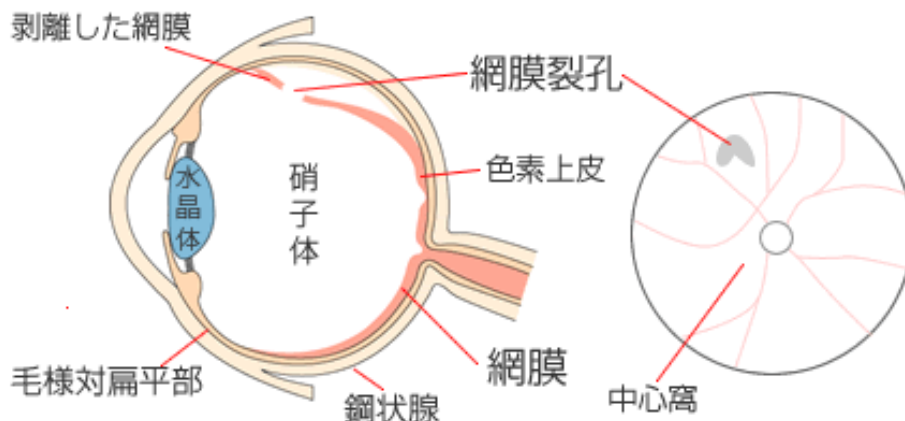
この説明書（兼同意書）は3頁からなっています。口頭でも説明しましたが、同じ内容を詳しく記載していますので、手術を受けられる方だけでなく、ご家族の方もよくお読みになった上で承諾書に署名捺印（各ページとも）をお願いします。

不明な点がありましたら、主治医にお聞きください。

様の病名は_____です。

1、 網膜円孔・網膜裂孔とは？

多くは近視や年齢による変化が原因となって、網膜に円孔（穴）・裂孔（裂け目）が発生します。その際、飛蚊症を自覚することがあります。この状態で放置すると、網膜剥離が発生し高度の視力低下をきたす可能性が高くなります。網膜剥離を予防する処置（レーザー治療）が必要です。



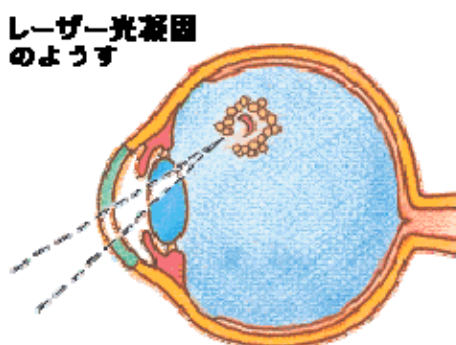
2、 どのような場合にレーザー治療が必要になるのか？

網膜に円孔（穴）・裂孔（裂け目）が発生している状態を放置すると、網膜剥離が起こる危険性が高いため、**予防的治療**としてレーザー治療が必要になります。

3、 レーザー治療はどのように行われるか？

麻酔の目薬をしたあとにレーザー用のコンタクトレンズをつけて行います。多少の痛みを伴う場合がありますが、10分程で1回の治療は終わります。網膜

円孔・裂孔の周りの網膜にレーザーを照射し、網膜が剥離しないように焼き固めます。必要に応じてレーザー治療を後日に追加する場合があります。また必要に応じて（穴が大きいときや、数が多いとき）入院した上でレーザー治療をすることがあります。レーザー治療を行った目の状態が落ち着くまで、術後は運動しないで下さい。経過観察の診察の時に医師から説明があります。



4、 レーザー治療を受ける利点は？

レーザー治療によって約 90～97%は網膜剥離の発生を予防できます。しかしながら症例によっては、網膜円孔・裂孔に対してレーザー治療を行っても網膜剥離が発生することがあり、その場合は入院のうえ手術が必要となることがあります。

5、 レーザー治療の危険性は？

通常、危険性はほとんどありません。ごくまれにレーザー治療後に白内障が進んだり、眼底出血、網膜剥離などが起こることがあります。合併症によっては、視力が低下することがあります。

6、 レーザー治療を受けないとどうなるか？

網膜に円孔・裂孔が発生している状態を放置すると、網膜剥離が起こる危険性が高くなります。また、自然に穴がふさがることはありません。

1. 病名および現在の病態
2. 手術の必要性・目的 および 手術をしなかった場合の経過予想
3. 手術方法
4. 手術に伴う危険性・合併症
5. 手術予定日

以上、主治医は説明しました。

平成 年 月 日 主治医氏名：

印

印

手術同意書

関西電力病院 病院長 殿

私は、平成____年____月____日に手術（網膜円孔・網膜裂孔に対するレーザー網膜光凝固治療）を受けるに際し、以下の事項につき主治医から十分説明を受けました。また、この「手術についての説明と同意書」の複写（全3頁）を受け取りました。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 病名および現在の病態2. 手術の必要性・目的 および 手術をしなかった場合の経過予想3. 手術方法4. 手術に伴う危険性・合併症5. 手術予定日 |
|---|

その結果、（以下の1～5のうちから、ひとつだけ選んで番号を○で囲んで下さい。）

1. 以上の内容を理解できましたので、ここに示された手術（検査）を受けることに同意いたします。
2. 説明内容は理解できましたが、手術以外の方法での治療を望みます。
3. 説明された内容が理解できませんでしたので、手術は受けたくありません。
4. 説明された内容が理解できませんでした。再度、理解できるよう説明を求めます。
5. その他：()

平成 年 月 日

手術を受ける方の住所： _____

氏名： _____ 印

同席者の氏名（続柄）： _____ () 印

手術を受ける私の同意のみで手術を施行して下さい。（署名： _____）

【ご本人以外に同意が得られない場合、例えば、ご家族（近親者）が居られない、または、来院されない場合のみレを入れて下さい。】