

網膜光凝固術についての説明と同意書

この説明書（兼同意書）は4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。

手術を必要とする病気（疾患）と治療法についての説明

様の病名は糖尿病網膜症です。

1、 糖尿病網膜症とは？

糖尿病網膜症は糖尿病による高血糖が原因で網膜の血管が障害され、眼底出血、新生血管の発生により硝子体出血（眼球内部の出血）、網膜剥離、緑内障が起り失明することがある病気です。糖尿病網膜症は成人の中途失明の主因となっています。

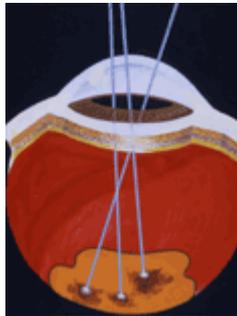
2、 どのような場合にレーザー治療が必要になるのか？

糖尿病網膜症の治療の基本は糖尿病の治療（血糖コントロール）ですが、このままの目の状態を放置しますと、視力低下や失明する可能性が高くなります。血糖が高い状態が続いたために、網膜の毛細血管がつまってしまい網膜の循環状態が悪くなっています。血液の循環が悪いこの状態が続くと網膜の組織が酸素不足に陥り、眼底出血が起こる、新生血管が発生するなどして硝子体出血にいたりします。このような事態にならないように酸素不足の状態にある網膜にレーザー治療を行い、糖尿病網膜症を鎮静化させる必要があります。

通常は網膜の全体に広範囲にレーザー治療を行います（汎網膜光凝固）が、症例によっては局所的に行う場合があります（糖尿病黄斑浮腫などの特殊例）。

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分から15分程で1回の治療は終わります。網膜全体に行う場合は症状に応じて、目を空けて通常数回程度に分けて行います。また必要に応じてレーザーを追加する場合があります。レーザー直後は暗く感じて見えにくくなる場合がありますが、普通は15分程で戻ってきます。当日は特に安静の必要はなく日常生活に制限はありません。



4、 レーザー治療の危険性は？

レーザー治療中に目をキョロキョロすると、狙ったところにレーザーが照射できずに治療後に視力が落ちたり、視野が狭くなったり、暗く感じる場合があります。また、レーザー治療したにもかかわらず糖尿病網膜症のいきおいが強いと硝子体出血・網膜剥離・緑内障の発生を予防しきれず、硝子体手術を必要とする場合や、失明に至ることもあります。しかし、長期的にはレーザー治療を行った方が予後は良いと考えられています。

5、 レーザー治療を受けないとどうなるか？

糖尿病網膜症は酸素不足になっている網膜を放置すると、先ほど述べたように新生血管（もろくて破れやすい異常な血管）が発生して硝子体出血が起こります。少量の出血であれば吸収されることもありますが、出血の量が多くてなかなか吸収されない場合や出血を繰り返す場合は硝子体手術が必要になります。硝子体出血を繰り返していると、増殖性変化に伴って網膜剥離が発生して失明

する危険があります。また糖尿病網膜症の新生血管による緑内障が起これば、眼圧のコントロールが困難なため失明する危険があります。

【手術日および手術術式】

網膜光凝固術

手術は平成____年____月____日の予定です。

われわれ担当医や看護スタッフは異常があれば早期に発見し、適切な処置が行えるように心がけています。手術後の経過のなかで、少しでも、ご本人あるいはご家族で、不安や疑問を感じられた場合には遠慮なく御質問、御指摘をお願いいたします。担当医または看護婦が説明致します。

1. 病名および現在の病態
2. 治療法の選択
3. 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
4. 手術予定日
5. 手術術式・内容
6. 麻酔の方法
7. 手術に伴う危険性
8. 合併症

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____日に網膜光凝固術を受けるに際し、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4頁）を受け取りました。

1. 病名および現在の病態
2. 治療法の選択
3. 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
4. 手術予定日
5. 手術術式・内容
6. 麻酔の方法
7. 手術に伴う危険性
8. 合併症

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。】