

白内障手術同意書

鈴木眼科クリニック院長 鈴木亨 殿

患者 _____ 様 が 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に受ける診療行為
についての説明は下記の内容で行われました。

説明医師

説明年月日 平成 年 月 日

1. あなたの病名は「白内障」です。
2. 治療方法は手術以外にありません。
3. 手術しない場合は目薬で様子をみますが、徐々に進行してもっと見えにくくなります。
4. 手術方法は、まず目薬で麻酔をし、眼に 2 ミリ程度の小さな切開を入れ、黒目の奥にある白内障を超音波で削り取り、眼内レンズを挿入して終了する予定です。
5. 手術にかかる時間や術後の見え方は、予定通りにならないこともあります。
6. 術後に高眼圧、網膜や角膜の腫れ、ぶどう膜炎などで視力が不安定なことがあります。
7. 術後に細菌性眼内炎を発症する危険性があります。
8. 合併症治療のため再手術が必要なことがあります。

上記診療行為について、医師と看護師から十分な説明を受け、承諾しましたので、診療行為
を受けることに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様氏名 _____ 印

親族等ご氏名 _____ 印

ご連絡先 _____

平成 24 年 6 月 6 日改訂