

# 手術同意書

聖隷横浜病院

|              |       |    |   |
|--------------|-------|----|---|
| フリガナ<br>患者氏名 |       | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女 |
| I D<br>生年月日  | 年 月 日 |    |   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 手術日                       | 年 月 日  |
| 診断名：                      | 右・左・両側そけいヘルニア  |
| 手術術式名称：                   | 右・左・両側そけいヘルニア修復術   |
| 目的：                       | そけいヘルニアの根治   |
| 内容：                       | 患部を4cmほど切開し、ヘルニア嚢を腹内へ押し戻し、メッシュをパッチとして縫いこみます。メッシュは永久的に患部に残ります。  |
| 合併症：                      | 出血による血腫<br>創の感染症   |
| 再発について                    | 同側近傍に再発する可能性があります。（2～5%程度といわれています）<br>反対側に新たに発症することがあります。  |
| その他の治療法                   | 一部の小児ヘルニアを除き自然治癒することはありません。<br>ヘルニア帯などの手術以外の方法で治癒することはありません。<br>手術方法は、他に<br>従来法 ヘルニア孔の上下の筋膜を縫い合わせる方法<br>クーゲル法、PHS法など他のメッシュ製品を使用する手術方法<br>腹腔鏡下手術 内視鏡を使用してメッシュを縫い付ける方法 |
| 上記のように説明いたしました。           | 医師名 _____  |
| 説明について同意します。              | 署名 _____   |
| 本人以外の場合は患者さんとの関係（ _____ ） | 立会い者 _____   |

見本