

手術説明書

傷病名_____

手術の術式_____

手術予定日_____平成_____年_____月_____日_____

手術の内容、合併症および予後など

【目的】

眼位矯正、両眼視機能の獲得

【内容】

あなた（お子さん）の手術は、全身麻酔で行います。

それぞれの目には6本の筋肉がついていて、微妙なバランスを保っています。そのバランスが崩れているために斜視になっていますので、目の筋肉の力を弱めたり強めたりする手術をします。

手術の際に、予定と異なる方の目や、異なる筋肉の手術になることがあります。これは手術中の判断により、より効果的な方法を選択するためです。最終的には医師の判断にお任せください。

全身麻酔の場合、手術の際に両目とも触って目の動きを確かめるために、手術後に手術をしなかった方の目も赤く出血することがあります。

【合併症】

手術中に眼球の壁が傷ついたり、筋を見失うことが稀にあります。その場合は追加で処置を行うこともあります。

【問題点】

手術後は物が2つに見えたり、めまいがしたりすることがありますが、徐々に慣れてきます。

糸によるアレルギーが起きることがあります。

過矯正、低矯正になり、再手術が必要になることがあります。

現在の傷病名と考えられる手術の必要性、危険性、合併症および予後などについて説明致しました。

担当医師：

同意書

私は上記の説明を受け手術の内容、合併症および予後などに関して十分に理解し、納得しましたので同意致します。

平成_____年_____月_____日

患者様氏名_____

ご家族等氏名_____ 患者様との続柄(_____)