

説明年月日 年 月 日

説明者氏名 _____

説明同席者氏名 _____

《側頭部リフトを受けられる患者様へ》

この説明文書は、**側頭部リフト**の目的、内容などについて説明するものです。わからないことがありましたら、何でもお尋ねください。

A 病状

1. 患者様（ 様 ）の病名・病態

病名 側頭部のフェイスリフト希望

具体的な病態 患者が側頭部のフェイスリフトを希望している

B 検査・治療

2. この治療の目的

側頭部リフトは鼻唇溝、頬部から下眼瞼にかけてのたるみ（中顔面のたるみ）などの改善を目的としています。

3. この治療の内容と性格および注意事項

毛髪のある側頭部皮膚を階段状に切って皮膚及び皮下脂肪をつり上げて固定する手術を行います。側頭部から頬部の皮膚を広範囲にはがして挙上します。皮膚を髪の毛の生え際で固定しますので生え際に沿って数箇所、えくぼ様の皮膚のくぼみができます。このくぼみは術後の経過とともに目立たなくなっていくます。全身麻酔でおこなう場合は手術前日に麻酔科の医師より麻酔に関する説明があります。

切開した側頭部の皮膚は金属製の医療用ホッチキスで縫合します。これは約2週間後に抜去します。

術後数日間は眼瞼周囲を中心にかなり顔が腫れます。また過矯正状態になりますので目が吊り上がった外観があります。これは術後徐々に自然な感じに変化していきます。まだ腫れがありますが手術の翌日に退院したり、洗顔や洗髪することは可能です。ただし、術後の経過には個人差がありますので、一応の目安とお考えください。お仕事をされる方は、最低2週間できれば3週間お休みいただくと良いでしょう。自宅でのデスクワークは2～3日後から可能です。

上眼瞼や外眼角部の改善も期待する場合はさらに皮膚の切開を伸ばして拡大側頭部リフトという手術を行います。この場合は眉毛もとくに外側が上方に挙上されます。

(注意点)

抗凝固剤 (血が固まりにくくなる薬) を常用している場合、手術の 2 週間前から内服を休止していただく必要があります。そのほか、アレルギー、服用中の薬がある場合は必ず担当医に申し出てください。

同時に行われる治療手技

特になし

治療の有効性・成功率

しわ、たるみは改善されますが、効果には個人差があり、術後には一定の後戻りがあります。また、加齢と共に老化による変化が現れます。

4 . この治療に伴う危険性とその発生率、偶発症発生時の対応

血腫、感染・・・術後皮下出血による血腫 (血液がたまる) ができることがあります。稀に (1 % 未満) 血腫が感染を起こすことがあります。予防のために手術当日はマスクによる圧迫をおこないます。

神経損傷・・・術中の神経損傷により、運動障害 (顔の表情筋の動き) や知覚障害 (皮膚の痺れ感、違和感) を来すことがあります。多くの場合、症状は軽度で、運動障害は 1 ヶ月以内、知覚障害は 3 ~ 6 ヶ月で改善します。ごくまれに (1 % 未満) 不可逆性の神経損傷が生じる可能性もあります。

傷跡・・・傷跡は髪の毛の中にありますので髪の毛で隠すことができます。通常はごく細かい傷ですが、場合によっては幅が出る場合があります。

脱毛・・・術後一ヶ月程度まで側頭部、生え際周辺の脱毛が見られることがあります。これは頭皮の血行が一時的に悪くなるために起こります。通常は脱毛後 6 から 8 週間でふたたび発毛がみられます。

以上の治療の効果、経過などはあくまで平均的な説明で、個人差があることをご了承下さい。

もし偶発症が起きた場合には、必要に応じて最善の処置を行います。(なお、その際の治療は通常の保険診療となります。)

C 代替可能な治療と、検査・治療を行わなかった場合

5．代替可能な治療

代替可能な検査・治療としては、以下のようなものが考えられます。これらの検査・治療を検討されたい方は、主治医または担当医に遠慮なくお申し出ください。

6．治療を行わなかった場合に予想される経過

現状維持

D その他、患者様の具体的な希望等

7．患者様の具体的な希望、質問と返答

8．治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、検査・治療が開始されるまでは、本検査・治療を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

9．連絡先

本検査・治療について質問がある場合や、検査・治療を受けられた後、緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

〒113-8655 東京都文京区本郷 7 - 3 - 1

東京大学医学部附属病院形成外科（主治医： ）

電話：03 - 3815 - 5411（代表）

電話：03 - 5800 - 8949 FAX：03 - 5800 - 9186

同意文書

東京大学医学部附属病院 病院長 殿

私()は、_____を受けるにあたって、下記の医師から、説明文書(前頁)に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、この検査・治療を受けるかを決定するにあたって、十分な時間がありました。以上のもとで、この検査・治療を受けることに同意します。なお、説明文書とこの同意文書の、複写を受け取りました。

1. あなたの病名・病態
2. 検査・治療の目的
3. 検査・治療の内容と性格および注意事項
4. 検査・治療に伴う危険性とその発生率、偶発症発生時の対応
5. 代替可能な検査・治療
6. 治療を行わなかった場合に予想される経過
7. 患者の具体的希望
8. 検査・治療の同意撤回
9. 連絡先

【説明】

説明年月日： 年 月 日

説明医：_____ (自筆署名、もしくは記名押印)

【同意】

同意年月日： 年 月 日

同意書(本人)：_____ (自筆署名、もしくは記名押印)

同意者(代理人)：_____ (患者さんとの関係：_____)

* 本人に同意能力がない場合にのみ、代理人の方が、自筆署名もしくは記名押印してください。

本人あるいは代理者に、
説明文書の複写を渡した。
同意文書の複写を渡した。(複写を渡した後、原本にチェック)

教育・学術研究へのご協力のお願い

____年 ____月 ____日に行われます、貴方の_____については、検査結果（数値、画像、組織標本など）を、研修医の教育や学術発表に用いらさせていただく可能性があります。その際には、貴方の個人情報が明らかになることはありません。（なお、個人情報が明らかになる可能性がある場合は、別途説明をさせていただきます。）

これらは医学・医療の発展を目的とするものであるため、ご理解の上、ご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合は、下記の同意書に署名をお願いします。なお、ご協力いただけない場合でも今後の診療においてあなたが不利益を被ることはありません。

同 意 文 書

東京大学医学部附属病院 病院長 殿

私（_____）は、上記教育・学術研究への協力について説明を受け、その内容を十分に理解しました。このうえで、上記に示された教育および学術研究に協力します。なお、本説明・同意文書の写しを受け取りました。

【説明】

説明年月日：_____年 ____月 ____日

説明医：_____（自筆署名、もしくは記名押印）

【同意】

同意年月日：_____年 ____月 ____日

同意者（本人）：_____（自筆署名、もしくは記名押印）

* 本人に同意能力がない場合にのみ、代理人の方が、自筆署名、もしくは記名押印してください。

同意者（代理人）：_____（患者さんとの関係：_____）