

手術同意書

「ヒト塩基性線維芽細胞増殖因子 (basic-fibroblast growth factor; bFGF) 遺伝子組み換えタンパク質 (商品名 リグロス®) を用いた歯周組織再生療法」の実施について、担当医から以下の項目について説明を受けたことを確認してください。

- 治療の目的と治療方法 (手術の内容・手順) について
- bFGF の効用・副作用について
- 他の治療方法について
- 手術後の不快症状, 注意事項について
- 同意した後でも随時これを撤回できること
- 治療に関する質問はいつでもできること

上記の内容について、担当医から詳細な説明を受けて了承しましたので、この治療を受けることに同意します。

同意日： 20 年 月 日

住 所： _____

氏 名： _____ (自署)

(未成年の場合 保佐人氏名： _____)

私は担当医として、今回の治療について上記の項目を

20 年 月 日に説明し、

20 年 月 日に同意が得られたことを確認しました。

担当医 所属診療科： 歯周科

氏 名： _____ (自署)