

第3章 インフォームドコンセント

診査・診断によりインプラント治療が適応となった場合に、その患者さんに対しインプラント治療全般にわたる説明と治療費の概算、治療にかかる日数、インプラント以外の治療法、治療に伴うリスクなどを十分に説明し理解してもらいます。インプラント治療を行うかどうかの最終的な判断は、患者さん自身が決定しなければなりません。将来トラブルを起ささないためにも、治療に対して努力している姿勢と責任をとるはっきりとした態度が患者さんの信頼を得る最大の方法と思います。インプラント治療の成功のためにも、先生と患者さんがコミュニケーションを良好に保っていくことが大切です。

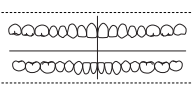
1. 治療計画に基づいた患者さんに説明すべき治療項目

- ◆術前・術中の全身的管理とコントロールの必要性（有病者に関して）
- ◆残存歯の処置および改善の必要性（齶蝕の処置、咬合改善、プラークコントロール）
- ◆顎骨の処置および改善の必要性（グラフトなどの外科処置）
- ◆粘膜の処置および改善の必要性（小帯切除、歯肉移植などの外科処置）
- ◆インプラントのタイプ…粘膜の厚み、審美性、清掃性、骨量、骨幅、移植併用の可能性
- ◆インプラントのサイズ…欠損部位、審美性、上部構造の形態と予測される咬合力、骨量、骨幅
- ◆使用するインプラントの本数…欠損部位、上部構造の形態と予測される咬合力
- ◆埋入位置、埋入方向…上部構造の形態と予測される咬合力、骨形態
- ◆上部構造の形態と補綴様式（Cr or Br、セメント固定式、スクリー固定式、マグネット固定式）

インプラント治療計画説明・同意書 (患者様用)

患者様氏名: _____ 性別: 男/女
生年月日: 西暦 年 月 日
カルテ No./ID: _____
診療日: 平成 年 月 日

主訴
初診時の状態



治療計画・予定

治療費用について
・インプラント埋入本数: ____本
・治療総額: ¥ _____ (消費税別)
① 精密検査料 (¥)
② インプラント手術 (¥)
③ 上部構造 (.....) (¥)
④ 定期検査 (¥)
⑤ その他処置 (¥)

患者様のご要望

治療計画について、上記のとおりご説明を致しました。
平成 年 月 日 提出医: _____

上記の治療計画に基づいた処置と費用を十分理解し納得しましたので、治療を受けることに同意します。
平成 年 月 日 患者様氏名: _____

※ 患者様が未成年など、同意能力がない場合には同意された方のご署名をお願いします。
同意者氏名: _____ 患者様との関係: _____

PLATON JAPAN