

承諾書

平成 年 月 日

つつみ眼科クリニック 院長

このたび、私が貴院において、手術・麻酔・処置・検査等を受けるにあたり、担当医からその内容について十分な説明を受け、診療上必要であることを理解いたしましたので、その実施を承諾いたします。

なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても承知いたします。

患者氏名： 生年月日（ 年 月 日）

住 所：

電 話：

家族氏名： 生年月日（ 年 月 日）

住 所：

電 話：

手術中の注意事項

- ・ 顔や頭を動かさないようにして下さい。
- ・ 痛み・不快感・尿意などの体の不調がある場合には、我慢せずに早めに申し出て下さい。

手術後の視力について

- ・ 手術後の視力は人によって異なります。一般には手術後、数日から数週間で最高視力が得られます。
- ・ 視力が安定するのに2～3ヶ月かかりますので、眼鏡は視力が安定してからの処方となります。

手術後起こりうること

- ・ 《術後眼内炎》傷口から感染がおこることがあります。（2000人に1人）
緊急の処置（抗生物質投与）が必要です
急に見えにくくなったり、痛みがある時はすぐにご来院下さい。
- ・ 《後発白内障》後ろの膜が汚れることがあります。
レーザーで処置します