

承諾書

親知らず（智歯）の抜歯をお受けになる患者様へ

多くの場合、以下のような症状が出る場合があります。

1. 術後2～3日が腫れのピークで殆どの場合1～2週間後には消退します。
2. 縫合した場合は7～14日後に抜糸が必要です。糸を長い間放置すると、糸に細菌が付着し感染を起こすことがあります(抜歯後感染)。
3. 抜歯後、口が開きにくくなる場合があります。
4. 頬の皮膚が紫色から黄色になることがあります。これは術後の内出血によるもので、約2週間程度で自然に消退します。
5. 強くうがいをしたり、炎症があった歯を抜いた場合は、抜歯窩の骨が露出して「ドライソケット」と呼ばれる状態になり持続的な痛みを生じることがあります。
6. 抜いた歯の隣の歯がしみたり、痛んだりすることがありますが、多くの場合はしばらくすると改善します。
7. 下顎智歯の場合、まれに手術した側の下唇や歯肉、歯に感覚異常や知覚鈍麻が生じることがあります。これは抜く歯が下顎の中を通っている神経に近接しているため生じるもので、まれに軽いしびれが残ることもあります。「親知らず」の抜歯については、発生頻度が0.6%程度と報告されています。
8. 極めてまれに舌のしびれが生じる可能性があります。「親知らず」の抜歯については発生頻度が0.1%程度と報告されています。
9. 上顎智歯の場合、歯根と鼻の横の上顎洞（副鼻腔のひとつ）が近く抜歯窩とが交通し、水や空気が鼻から漏れることがあります。

年 月 日

横浜駅西口歯科 Yokohama West Gate Dental

上記の説明を受けて、今回の抜歯に同意いたします。

年 月 日

患者氏名

(保護者氏名)

依頼状

令和 年 月 日

医療法人社団横浜駅西口歯科
口腔外科担当医 行

紹介元 医療機関名: _____

所在地: 〒 _____

(TEL : _____)

医師名: _____ (印)

患者名: _____ 様(年 月 日生 歳 男・女)

◇部位

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
<hr/>																
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

◇紹介目的 : 抜歯 ・ その他