

説明年月日 年 月 日

説明者氏名 \_\_\_\_\_

説明同席者氏名 \_\_\_\_\_

## 《頬部のフェイスリフトを受けられる患者様へ》

この説明文書は、頬部のフェイスリフトの目的、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 頬部のフェイスリフト希望

具体的な病態 患者が頬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

頬のタルミ、顎から耳にかけてのラインや口の横の法令ジワ（鼻唇溝）などに効果があります。

#### 3. この治療の内容と性格および注意事項

当科では一般に SMAS 法と呼ばれる術式で行います。これは、皮膚を引っ張るだけでなく、皮膚の下にある SMAS と呼ばれる膜様組織を引っ張ることで、シワやタルミの箇所に合わせて顔を 2 層に分けて引っ張ることができ、高い効果が期待できる方法です。皮膚の切開箇所は耳前部や耳後部、頭髪の中など、できるだけ目立たない場所です。

術後数日間はかなり顔が腫れます。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。

#### （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

## 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、加齢とともに老化による変化が見られます。

### 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。

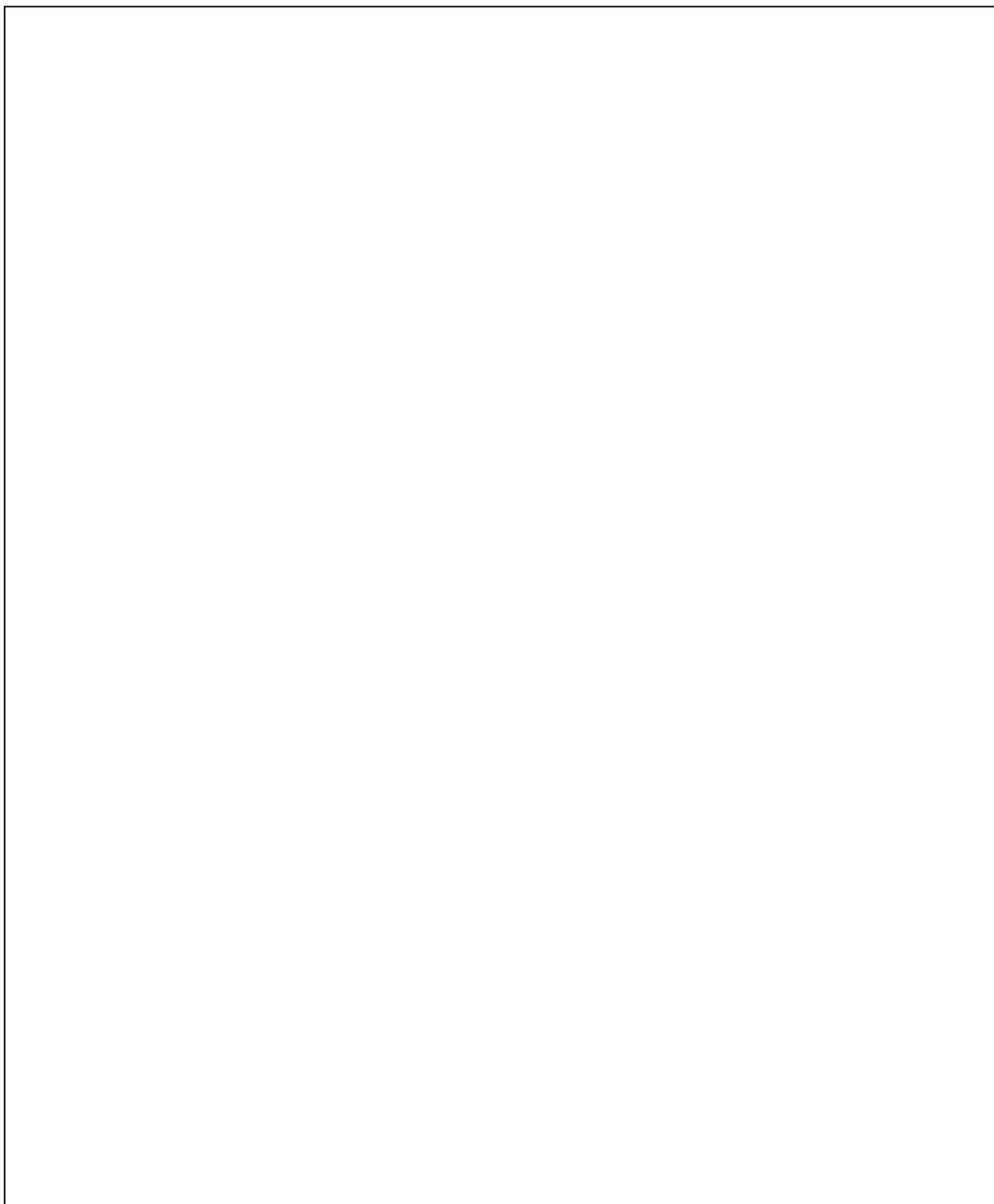
**神経損傷**・・・術中の神経損傷により、運動障害(顔の表情筋の動き)や知覚障害(皮膚の痺れ感、違和感)を来すことがあります。多くの場合、症状は軽度で、運動障害は1ヶ月以内、知覚障害は3~6ヶ月で改善します。ごくまれに(1%未満)不可逆性の神経損傷が生じる可能性もあります。

**傷跡、ケロイド**・・・傷跡は耳の前端を縦に走り、耳たぶの後ろに回りこみますが通常は目立たないものになります。耳の周囲はその人の皮膚体質によっては稀にケロイド(傷跡が盛り上がり硬くなるもの)ができることがあります。この場合には注射による治療を行うことがあります。

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。)





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をお願い

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：\_\_\_\_\_）