

説 明 と 同 意 文 書（二重瞼手術（埋没法））

1. この治療の目的・必要性・有効性

上眼瞼の瞼板または眼瞼挙筋と皮膚を糸で連結することで、二重瞼を作成する手術です。
ごく小さな切開で二重瞼を作成することができます。

2. この治療の内容と性格および注意事項

手術は局所麻酔、日帰りで行います。

術前にご希望の二重幅を確認しお顔に似合った二重幅を決定します。

局所麻酔を行います。

上眼瞼は片側につき2～4か所ごく小さな切開を加え、皮膚と眼瞼挙筋または瞼板にループをつくるよう糸を通していきます。二重ができることを確認し、糸を結紮し短く切って、結び目を眼輪筋に埋没させます。

切開部分は縫合せず自然に塞がるのを待ちます。

3. この治療に伴う危険性とその発生率

手術の合併症として局所麻酔アレルギー、出血、血腫、感染、わずかな左右差、予想と印象が異なる、重瞼線の消失などが挙げられます。

左右差：二重幅は眉毛の位置（前頭筋の緊張）などによっても変わるため、同じ幅に設定してもわずかな左右差が生じることがあります。

重瞼線の消失：埋没法は比較的短時間で少ない侵襲で二重瞼を作成することができる手術ですが、皮膚や皮下組織が厚いと糸が徐々に組織に食い込んで切れたり、組織から外れて二重瞼がゆるんでしまうことがあります。

ブジーで二重瞼を作成してもすぐ戻ってしまうような瞼は、重瞼線が消失しやすいです。

何回やっても外れてしまう場合は、切開法が適応となります。

腫れ：まぶたは皮膚がうすく、腫れが目立ちやすいところです。直後は麻酔などの影響もあり腫れてやや幅が広くみえます1週間で大きな腫れは引きますが、完全にひくまでは1～3ヶ月ほどかかります。

出血・皮下出血：多少内出血によりまぶたが紫色や黄色になることがあります。

術後は、まぶたを十分冷やす、軽度の圧迫を続ける、できる限り安静につとめることで予防することができます。ご自宅でもしっかりとアイシングを行ってください。

糸の透見：糸は皮下を通ります。糸を結紮した結び目は眼輪筋内に埋没させます。

まれに皮膚に近いところの糸が透けてみえたり、結び目が目立つことがあります。

目立つ場合は眼輪筋に埋没させる又は糸をかけなおす処置をおこないます。

4. 本人の個別の問題と対応

埋没の糸が外れやすい瞼の形態ではないと思われますが、外れることはあります。
3回やっても取れる場合は切開法をおすすめします。まずは埋没法が良いと思います。

5. 偶発症発生時の対応

不測の偶発症が起きた場合には最善の処置を行います。なお、その際の医療は、再診料がかかります。処置内容によっては、処置の費用が発生することがあります。

6. 治療の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても、治療が開始されるまでは、本治療を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

7. 保証について

- ・術後1年以内に二重ラインが消失した場合、11,000円で同一手術方法及び同一幅で再手術させていただきます。（1回まで）
- ・オプションの追加や施術のグレードアップには追加料金が必要となります。
- ・再手術を行ってもライン消失する方には切開法をお勧めすることもございます。

8. キャンセル・日程変更について

やむを得ずキャンセルや日程変更をされる場合は、ご連絡をいただいた時期により、お申込みの手術代金ごとのキャンセル料を申し受けます。

6～7診療日前	手術代金の10%
3～5診療日前	手術代金の20%
2診療日前	手術代金の50%
1診療日前	手術代金の80%
当日	手術代金の100%

- ・日数には土曜日・日曜日・祝日・当院の休診日は含みません。

<例>

手術予定日：10月27日（月）の場合の変更・キャンセル料

10月16日（木）、17日（金）	手術代金の10%
10月20日（月）～22日（水）	手術代金の20%
10月23日（木）	手術代金の50%
10月24日（金）	手術代金の80%
当日	手術代金の100%

この場合、1診療日前は手術日の3日前、7診療日前は11日前となります。お間違えの無いようお願いいたします。

- ・ご連絡なく無断でキャンセルをされた場合は、手術代金の100%のキャンセル料を申し受けます。
- ・いかなる場合でも変更・キャンセル料はお支払いいただきます。
- ・キャンセルのご連絡は下記連絡先へお電話でお願いします。

私は、二重瞼手術（埋没法）を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私はこの治療を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この治療を受けることに同意します。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

（同意者）

同意年月日：令和____年____月____日

（本人署名）：_____

* 患者様が未成年の場合は、保護者の方も署名をお願いします。

（代諾者）：_____（患者との関係：_____）

連絡先

本治療について質問がある場合や、治療後に緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

あきこ天神クリニック

〒810-0001 福岡市中央区天神 1-6-8 天神ツインビル 5 階

Tel 092-718-1807

受付時間 平 日 9：30～13：30、15：00～17：00

木曜日のみ 11：00～13：30、15：00～18：30