

同意書

私はこのたび、ヒアルロン酸製剤（ ）を歯科治療において使用するに当たり、 _____ の _____ 歯科医師から、本製剤について下記の説明を受けました。

1. 非動物性安定化ヒアルロン酸であること。
2. アレルギーの起こる確率はごくまれであること。
3. 注入部位に一時的な感染や内出血等を呈する可能性があること。
4. 注入部位に一時的なしこり感を感じる可能性があること。
5. 半年から1年くらいかけて徐々に吸収されてゆくこと。
6. 保険適応外であること。
7. 注入後、数日間違和感を生じることがあること。
8. 注入後の微調整は、別途治療費が必要になる場合があること。

私は、上記1から8までの説明を十分に受け、同意をいたしました。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名： _____

同意書

私はこのたび、経口用ヒトプラセンタ製剤（ラエンネック P.O.）を歯科治療において使用するに当たり、_____の_____歯科医師から、本製剤について下記の説明を受けました。

1. ヒトに由来する生物製剤であること。
2. 製造に関して十分な検査がなされていること。
3. クロイツフェルトヤコブ病や未知の疾患への感染の危険性がきわめて低いこと。
4. 長年にわたって使用がなされているが、感染の報告は現時点では皆無であること。
5. 将来において未知の疾患への感染の可能性は全くないわけではないこと。
6. 海外から輸入された日本製品であるということ。
7. 保険適応外であるということ。
8. ごくまれに体質に合わない場合が生じる可能性もあること。

私は、上記 1 から 8 までの説明を十分に受け、同意をいたしました。

同意日：_____年 月 日

署名：_____

同意書

私はこのたび、注射用ヒトプラセンタ製剤（ ）を歯科治療において使用するに当たり、_____の_____歯科医師から、本製剤について下記の説明を受けました。

1. ヒトに由来する生物製剤であること。
2. 製造に関して十分な検査がなされていること。
3. クロイツフェルトヤコブ病や未知の疾患への感染の危険性がきわめて低いこと。
4. 40年以上にわたって使用がなされているが、感染の報告は現時点では皆無であること。
5. 将来において未知の疾患への感染の可能性は全くないわけではないこと。
6. 注射後、献血（血液の提供）ができなくなること。
7. 歯科口腔外科領域においては保険適応外であるということ。
8. 注射部位の一過性の腫れが起こる可能性があるということ。

私は、上記 1 から 8 までの説明を十分に受け、同意をいたしました。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名： _____

同意書

私はこのたび、ボツリヌストキシン製剤（ ）を歯科治療において使用するに当たり、_____の_____歯科医師から、本製剤について下記の説明を受けました。

1. ヒトに由来する成分のアルブミンを含有すること。
2. 製造に関して十分な検査がなされていること。
3. クロイツフェルトヤコブ病や未知の疾患への感染の危険性がきわめて低いこと。
4. 年間100万件以上の使用がなされているが、上記の報告は現時点では皆無であること。
5. 将来において未知の疾患への感染の可能性は全くないわけではないこと。
6. 米国において1977年より斜視に対して使用され始めた薬剤であること。
7. 美容領域においてFDAの承認を受けていること。
8. 眉間のしわ以外の使用は、日本国においては認可適応外の使用であること。

私は、上記1から8までの説明を十分に受け、同意をいたしました。

同意日： _____年 月 日

署名： _____

同意書

私はこのたび、ホスファチジルコリン製剤（ ）を歯科治療において使用するに当たり、_____の_____歯科医師から、本製剤について下記の説明を受けました。

1. 歯科口腔外科の診療領域における治療等を目的とすること。
2. 製造に関して十分な検査がなされていること。
3. 既に医科領域では使用されているものであること。
4. 元々脂肪塞栓の予防薬であったこと。
5. 処置後、2～3日して一過性の腫れや内出血の可能性があること。
6. 治療には数回を必要とする場合があること。
7. 処置後、軽いしこりが触知されることがあるが、自然に消失してゆくこと。
8. 処置後ただちに効果が発現するものではないということ。

私は、上記1から8までの説明を十分に受け、同意をいたしました。

同意日：_____年 月 日

署名：_____