

ビスフォスフォネート製剤やデノスマブの投与を受けている方の

抜歯・顎（あご）の手術治療同意書

_____ 歯科医院

歯科医師： _____ 殿

私は、以下の診断についての説明を受け、抜歯または顎の手術が必要であることを理解し、
抜歯または顎の手術を受けることを要望・委託いたします。その場合、顎骨壊死ならびに一般的偶発症が起こる可能性についても説明を受け、そのことを了解しています。また、万一顎骨壊死となった場合、治療が困難で回復する時期がいつになるかは、現時点では不明であることもあることも承知しています。

部位／診断名： _____

手術名： 抜歯・顎の手術（ _____ ）

_____ 年 月 日

本人の署名： _____

両親・保護者（法定代理人）の署名： _____