

外来手術を受けられる方へ

殿 才

貴方は _____ の手術を行うことになりましたので次の事項にご注意下さい。

手術日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

(当日は手術予定時刻より10分早めにお越し下さい。)

麻酔 : 局所麻酔

- 1、この手術について家人に承諾をとられていますか。
- 2、合併症（糖尿病、高血圧症、肝臓障害、心臓病）やアレルギーのある方はお知らせ下さい。
- 3、手術創の感染防止の為、前日に入浴し恥毛の毛ざりとハサミで短く剃って下さい。（陰嚢部及び陰茎根部の恥毛をなるべく広く剃る。）
- 4、手術後指示があるまで入浴出来ません。
- 5、手術当日は絶飲絶食して、下着はゆとりのある物を着用して来て下さい。（午後の手術時は、当日昼食以降絶食）
- 6、手術当日御都合の悪くなった場合（発熱か体の不調）は、前日の午前中までに御連絡下さい。
- 7、手術当日、この手術依頼書に承諾印を押して受付へ診察券と一緒に渡して下さい。
- 8、手術当日は、自宅で安静にする必要があります。
- 9、飲み薬は、指示通りに飲んで下さい。
アルコール類は絶対に飲まないで下さい。
- 10、術後出血や感染などの合併症を起こす場合もありますが、あわてず御連絡下さい。

福井医院 TEL.0726(96)2945

〔手術依頼書〕

私は上記事項に同意し、手術を行うことを依頼致します。

本人氏名 (印)

配偶者氏名 (印)

(男子避妊手術の場合は必要です。)

父又は母 (印)

(小児包茎手術の場合は必要です。)