

## 陥入爪手術 説明・同意書

### 陥入爪・巻き爪とは

爪の一部が周囲の皮膚に食い込んでしまう状態です。とりわけ、足の親指の爪に多く見られる症状で、爪が皮膚に食い込むことで、痛みや炎症を引き起こし、ひどい場合には感染症を伴うこともあります。

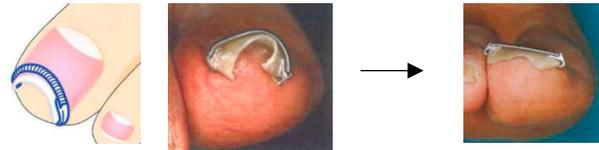
### ① 矯正具を装着する方法（自費診療）

#### ●巻き爪マイスター

巻き爪の先端の縁にばね状の金属を取り付け、内蔵されたワイヤーの弾性力を利用して、巻いている爪を徐々に矯正します。爪が伸びてきたら、装着している器具を根元側に押し込んで再利用します。器具に不具合が生じた場合は、新しいものに交換します。爪が伸びるたびにワイヤーの位置を調節することを、3カ月から半年程度の間、繰り返します。

（自由診療 初診料 ¥1,500、再診料 ¥1,000、矯正具 1本 ¥5000、手技料 ¥1,800）

**リスク** 再発 爪損傷 矯正具の破損や脱落



#### ●マチワイヤー

巻き爪の先に2か所、穴を開けて形状記憶ワイヤーを挿入し、接着剤で固定します。ワイヤーがまっすぐに戻る力を利用して、巻いている爪が徐々に矯正されていきます。ワイヤーが外れたり、爪が伸びてきた場合には、再度入れ替えを行います（再利用不可）。巻き爪マイスターに比べて、脱落することが少ないです。3カ月から半年程度継続します。

（自由診療 初診料 ¥1,500、再診料 ¥1,000、矯正具 1本 ¥5000、手技料 ¥1,800）

**リスク** 再発 爪破損 周囲の皮膚損傷（ワイヤーが皮膚にささる）



#### ●リネイルゲル

再発を繰り返している方には、リネイルゲル（アセチルシステイン）という薬剤を矯正具と併用することがあります。アセチルシステインは、爪の中のたんぱく質に作用し、爪を軟化させる効果があります。爪がやわらかい間に矯正を行い、その後、爪が硬化することで再発をおさえます。リネイルゲルを使用することで治療期間は2週～4週程度に短縮できます。また再発して再度矯正治療を開始するまでの期間もながくなります。（自由診療 ¥4,800）

**リスク** ゲルによる発赤 皮膚炎 疼痛 爪囲炎

### ② 陥入爪手術 フェノール法（保険診療）

まず、指に局所麻酔の注射を行い、巻いている爪の端を切除します。その後、爪を作るもととなっている部分（爪母）に薬品（フェノール）を含ませた綿花を押し当て、同部の組織を焼灼します。これにより、爪の端が生えてこなくなり、爪の幅が細くなります。薬品は約3分後に水で洗い流し、軟膏を塗布します。翌日の診察で問題がなければ、シャワー浴が可能となります。その後は、毎日創部をシャワーと石鹸で洗い、処方された軟膏を塗布し、ガーゼを貼る処置を行っていただきます。

#### 合併症

**出血**：創部から出血することがあります。手術当日は、なるべく歩かず安静にしてください。椅子に座る際は、足を下げないようにご注意ください。出血が生じた場合には、上からガーゼを当てて10分ほど圧迫すると、止血することが多いです。

**感染**：赤く腫れて化膿することがあります。この場合、抗生剤の内服や追加の処置が必要になることがあります。

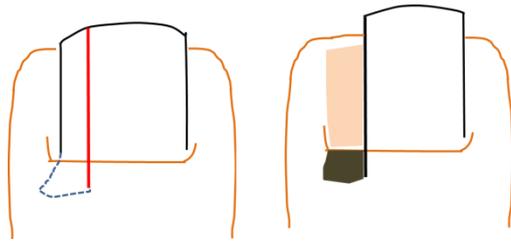
**爪の脱落**：残っている爪が一時的に脱落することがありますが、通常は再び生えてきます。

**再発**：薬品で焼灼した部分から再度爪が生え、痛みが出ることがあります。この場合、再度手術が必要になることがあります。

**爪の変形**：手術した部分は、爪が生えてこなくなるため、今後生えてくる爪の幅が狭くなります。また、爪に段差ができたり、白い部分が増えたり、巻き爪の変形が生じることがあります。

\$PATIENT\_ID\$      \$PATIENT\_NAME\$

(説明メモ)



施術名      巻き爪マイスター      マチワイヤー      リネイルゲル      陥入爪手術（フェノール法）

説明日      年      月      日      説明医師： \_\_\_\_\_

- 施術前後写真などを「医学教育」や「研究目的」など学会論文発表で使用することがあります。
- 施術前後写真などを院内説明写真やウェブサイト等掲載写真として使用することがあります。  
(写真は施術部位のみで個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います。一度承諾しても、再度拒否することはできます。)

上記に同意されない場合はこちらにチェックをしてください。

やむおえない場合を除いた手術当日のキャンセルは費用が発生する場合がございます。  
キャンセルポリシーについてはホームページをご参照ください。

私は、手術の内容および起こりうるリスクを理解したうえで上記手術について同意いたします。

同意日      年      月      日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

<未成年の方> 親権者の同意が必要となります。 ※下記事項は親権者ご本人がご記入ください。

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の上記施術および手術に同意いたします。

親権者名		続柄	
住所			
電話番号			