

## 脂肪腫・皮下腫瘍（皮下腫瘍摘出手術） 説明・同意書

### 脂肪腫とは

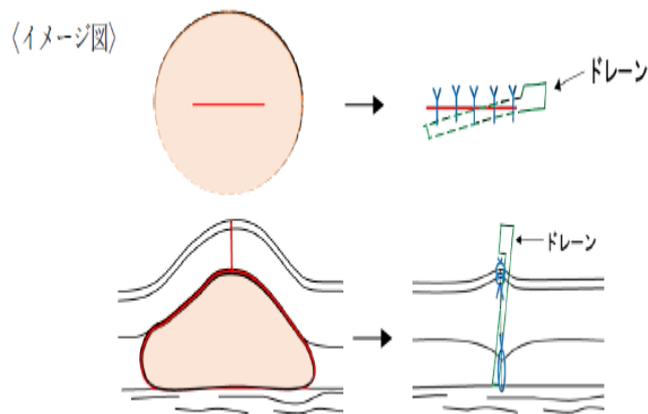
皮下に発生する軟らかい良性の腫瘍です。皮下組織内に発生することが多いですが、筋膜下、筋肉内などにも発生することがあります。数年かけて徐々に大きくなり、消えてなくなることはありません。

急速に大きくなったり、再発を繰り返したりする場合は、ごく稀に悪性の場合があります。

（その他皮下腫瘍：血管腫、平滑筋腫など）

### 脂肪腫・その他皮下腫瘍の手術について

局所麻酔の注射の後、腫瘍の上の皮膚を切開し、腫瘍を周囲の組織から剥がしながら摘出します。筋肉、筋膜を切開した場合は縫い寄せ、皮膚は中縫い、外縫いを行って終了します。術後の血腫を確認・予防するために創部にドレーンを挿入する場合があります。ドレーンは出血が減りしだい数日で抜去します。ドレーンを抜去した後に、シャワー浴、ご自身での軟膏処置が可能となります。約1週間後に外縫いの糸を抜糸します。中縫いの糸は抜糸しません。抜糸後は約3カ月間、専用のテープを用いてテーピングを行います。



コード	内容	区分	料金
J055	イボ焼灼	3か所以下	2,100
		4か所以上	2,600
K005	皮膚腫瘍切除（露出部）	-2cm未満	16,600
		2-4cm	36,700
		4cm以上	50,100
K006	皮膚腫瘍切除（非露出部）	-3cm未満	12,800
		3-6cm	32,300
		6-12cm	41,600
病理検査			8,600
病理判断料			1,300

上記の保険負担額

### 合併症

**出血・血腫**：血液をサラサラにする薬を内服されている方、血が止まりにくい体質の方、腫瘍が大きい方は出血しやすく、創部の下に血液が溜まりやすいです。通常、手術中の止血と手術後の圧迫で止まるため、術後は吸収されるのを待ちます。万が一出血が止まらない、溜まった血液の量が多い場合は、キズを開いて止血の処置が必要になることがあります。

**感染**：感染予防のため術後に抗生剤を処方しますが、感染が認められた場合はキズを少し開いてきれいに処置が必要になる場合があります。

**キズが開く**：キズの安静が十分でなかった場合、基礎疾患があり治癒が悪い場合などで、抜糸後に創が開くことがあります。その場合、再度縫合を行うか、軟膏治療を用いて保存的に経過をみる必要があります。

**しびれ**：術後しばらく、キズ周囲にしびれを感じる場合があります。通常、徐々に回復していきますが、稀に回復に1年以上かかる場合もあります。

**キズあと**：通常は3カ月～半年程度でキズあとは落ち着き馴染んできます。綺麗に目立たないキズになるよう治療を行いますが、必ずキズあとは残ります。体質によってはキズがケロイド、肥厚性瘢痕となり赤く盛り上がる場合があります。その場合は塗り薬、貼り薬、注射などで治療することがあります。場合によっては、キズが落ち着いた後に手術を行うことがあります。

**創部の陥凹変形**：腫瘍が大きい場合や、深い場合は創部が陥凹することがあります。

**縫合糸膿瘍**：中縫いの糸が化膿し表面にでてくる場合があります。追加抜糸を行います。

**再発**：同じ場所に脂肪腫が再発することがあります。

**アレルギー**：薬剤アレルギーのある方は事前にお知らせください。気分不良時は迅速に対応します。

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

(説明メモ)

手術名      皮膚皮下腫瘍摘出術      K005 1, 2, 3 / K006 1, 2, 3

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

- 施術前後写真や病理標本などを「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。
- 施術前後写真や病理標本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			