

口腔内生検(組織検査)に関する同意書

この度は、口腔内の病変に対する生検(組織検査)を実施するにあたり、検査の目的、リスク、および当院の管理体制について以下の通りご説明いたします。

内容をよくお読みいただき、ご納得いただいた上で、各項目の【 】にチェック(✓)をお願いいたします。

1. 検査の目的と必要性

現在の尋常ではない痛み方や病変の様子から、進行が早く顎の骨を溶かすような「悪性腫瘍(扁平上皮癌など)」の可能性が否定できない状態です。

この検査は、ガンかどうかの確定診断を行い、今後の治療方針(積極的治療か、緩和ケアか)を決定するために実施します。

2. 検査の「深さ」と、それに伴うメリット・デメリット(重要)

口腔内の検査は、どこまで深く組織を採取するかによって、身体への負担と診断の正確さが大きく変わります。

● 【表面(粘膜)のみの生検】

- メリット: 出血や術後の痛みが比較的少なく、身体への負担を抑えられます。
- デメリット: 表面の炎症しか採取できず、深部に潜むガンを見逃す(偽陰性)可能性が高くなります。

● 【深部(骨)までの生検・骨バイオプシー】

- メリット: 骨への浸潤の有無を含め、より確実な診断(白黒つけること)が可能になります。
- デメリット: 骨を削る・一部採取するため、術後の激しい痛み、多量の出血、顎の骨折リスク、治癒の遅れ、自力での採食困難など、動物への身体的負担が極めて大きくなります。

○

3. 結果に対する「免責」について(重要)

【 】痛みを伴う検査を実施した結果、「ただの重度な口内炎(良性)」と判明した場合でも、それは「無駄な検査をした」のではなく「ガンという最悪の事態を免れた」という医学的に重要な確認です。

「結果が良性だと分かっていたなら、こんな痛い検査はしなかった」といった事後のお申し出には一切対応いたしかねます。

4. 術後の入院・管理体制の限界について(重要)

【 】当院は少人数体制のため、夜間のスタッフ常駐および24時間体制での監視・手厚い看護(術後の急変や激しい痛みに対する即時対応など)は物理的に不可能です。

【 】特に「骨バイオプシー」を実施した場合、術後ケアが重要になりますが、当院では夜間の対応ができないリスクをご承諾いただく必要があります。

24時間体制の手厚いサポートをご希望される場合は、高度医療センター等の二次施設をご受診ください。

【最終確認と検査方針の選択】

上記のリスクや当院の管理体制の限界をすべて理解した上で、以下のいずれかを選択します。(該当するもの1つに○をつけてください)

A. () 当院にて【表面(粘膜)のみ】の生検を希望します。

(※負担は少ないですが、ガンを見逃すリスクがあることを承諾します。)

- B.** () 当院にて【深部(骨)まで】の生検(骨バイオプシー)を希望します。
(※術後の激しい痛みや合併症のリスク、および当院での24時間管理が不可であることを完全に承諾した上で、確実な診断を優先します。)
- C.** () 検査(麻酔・痛み)のリスクを考慮し、検査は一切行わず【対症療法(緩和ケアのみ)】を希望します。
(※ガンを見逃して進行してしまうリスクを承諾します。)
- D.** () CT検査や24時間管理体制が整った、高度医療センター等への【紹介】を希望します。

年 月 日

患者名(ペットのお名前):

ご家族様ご署名:

_____ 印(※ご署名をもって、上記記載内容のすべて
に同意いただいたものとみなします。)

担当獣医師:さだひろ動物病院 貞廣 優子