

ルビーレーザー治療同意書

以下の条件に該当します。当てはまる時には□にチェックを記入してください。

- ☐ 妊娠しているもしくはその可能性のある方
- ☐ 日焼けをしている方もしくは今後日焼けをする予定の方
- ☐ レーザーを照射する場所に傷や炎症のある方
- ☐ ケロイド体質の方
- ☐ 抗凝固薬や抗血小板薬などの血流を改善するお薬(血液をさらさらにするお薬)を 内服している方
- ☐ 関節リウマチの方で、シオゾールを注射したり、リドーラ錠を内服している方(金製剤を使用している方)
- ☐ 肌色の刺青をしている部分に照射希望の方
- ☐ ペースメーカーを使用している方で、照射部分が胸である方
- ☐ 過去に麻酔を受けて具合が悪くなったことがある方

以上の項目でチェックがあった方は、レーザーを実施できません。以下の項目で了解できましたら□にチェックを記入してください。

☐ 日焼けに注意することを理解しました

(日焼けをすると、反応しやすくなりますので副作用が出現しやすいと考えます。また照射後の日焼けは厳禁です。特に照射後半年間は日焼けをしないように気をつけてください。)

☐ ルビーレーザー照射後は遮光し、約1週間で経過観察を行うことを了解しました。

(絆創膏やガーゼで保護する期間は、照射部分の種類や状況で変わりますが、おおよそ1週間～2週間と考えてください。ルビーレーザー照射後約1週間で、必ず再診察を行いかさぶたの状況を確認致します。炎症後色素沈着をできる限り防ぐために、遮光と診察は必ず守ってください。かさぶたの部分は、洗顔時やタオルで拭くときに擦らないようにしてください。)

☐ 照射部分に覆いをつけて参加したくないような行事が数週間後に控えていません。

☐ ルビーレーザー照射後一時的に色が濃くなる可能性を理解しました。

(照射後一時的に炎症後色素沈着で色が濃くなることがあります。時間の経過とともに薄くなっていきます。)

☐ ルビーレーザー治療の間隔は最低2か月あけることが必要です。状況によってはさらに長くなります。

(シミや色素性母斑(ほくろ)の種類によっては複数回のルビーレーザー照射が必要となることもあります。炎症後色素沈着の上にさらに広範囲にレーザー治療を行うことを避けるために、最低6か月～9か月の間隔をあけることを推奨しています。)

☐ 照射後脱色素斑が出現し、逆に白く抜けてしまう副作用が起きることがあることを理解しました。

☐ 色素性母斑(ほくろ)に関しては、色が濃いものや深くまで色素が存在しているものは、完全に色が消えず、ぼやけた感じになることがあることを理解しました。

☐ 1照射につき、650円の料金で実施致します。

(ルビーレーザー実施した方には、炎症後色素沈着を防ぐ意味でハイドロキノン軟膏とトレチノイン軟膏を使用していただくことを治療の一環としています。実際の料金は、650円×照射数＋ハイドロキノン軟膏とトレチノイン軟膏(合わせて2160円)とお考えください。)

☐ ルビーレーザー治療は万能ではなく、個人差があることを理解しました。

(まったくシミがなくなる人からほとんど分からないけどよく見るとうっすらと残る人、扁平母斑のようにルビーレーザー照射をして一時的に薄くはなったが再発をして元にもどってしまう方など治療成績には個人差があります。)

上記のことをすべて理解し、同意をしたうえでルビーレーザー治療を受けることを希望します。

年 月 日

氏 名

(未成年者の場合は親権者の同意 氏 名)