

当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。このことにより、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関となっております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

Q スイッチ・ルビーレーザー治療同意書

Q スイッチ・ルビーレーザー治療について、以下の説明を十分に受けています。

1. この治療は、Q スイッチ・ルビーレーザー照射により、瞬間的に皮膚のメラニン色素を破壊し、表在性や深在性の皮膚良性色素性疾患を除去することを目的とした治療です。
2. 症状や範囲によっては2回以上照射が必要な場合もあります。疾患によっては、治療半年後以降に再発する場合があります。
3. 稀に点状出血がみられることがあります。
4. 術後多少赤みが残りますが、やがてかさぶたになり、1~2週間後には自然に剥がれます。剥がれてから約3か月は若干の赤みと色素沈着が残る場合があります。
5. 治療後、傷の赤みがなくなり、治療部位が目立たないようになるには6か月程度かかります。
6. 原則として治療部位の発赤が取れるまでの期間はその部位の再照射ができません。
7. 治療部位の大きさにより違いはありますがおおよそ治療時間は1部位当たり10~15分程度です。
8. 治療時は深い色素の治療時のみ局所注射麻酔を行います。術中の痛みが耐えられないようでしたら麻酔はご相談に応じて行えます。
9. ケロイド体質の方には基本的に施術はお勧めいたしません。
10. 照射後赤みや痛みが出ることもあります。被覆・軟膏は医師の指示に従ってください。
11. 照射部位の経過観察は重要です。再診は予定通りにいらしてください。
12. レーザー治療後の炎症後色素沈着が一時的に生じることがありますので、パンフレットの4つのポイントは守ってください。炎症後色素沈着が生じても通常は3~6か月できれいになります。
13. 皮膚疾患のある箇所は治療を行わないことがあります。
14. 治療の経過により、発赤・水疱・痂痂を形成した場合は必要な治療を行いますので、当院の指示に従ってください。
15. 扁平母斑など疾患によっては再発することがあります。レーザー照射による反応が症例によって異なりますので一部試験照射し、治療続行するか中止するかレーザー治療後1か月以上経ってから効果判定を行うのが望ましいです。

以上の内容につき、納得理解いたしましたので、治療を受けることに同意いたします。

____年 ____月 ____日

本人 住所 _____

____氏名 _____

保証人 氏名 _____

治療を受ける者が未成年の場合、保護者の方のご記入をお願いいたします。