

炭酸ガスレーザー治療に関する説明書・同意書

◆炭酸ガスレーザーについて

ほくろ、イボ、脂漏性角化症などに対して、炭酸ガスレーザーを用いてその細胞組織を限局的に蒸散させ、病変を除去することを目的とした治療法です。

ほとんどの治療は1回で終了しますが、複数回の治療が必要な場合もあります。

◆適応症例

ほくろ、加齢性イボ(脂漏性角化症)、稗粒腫、首いぼ(アクロコルドン)など良性疾患

※ほくろやイボが1cm以上の場合は、炭酸ガスレーザーの適応外となる場合があります。

◆治療が受けられない方・注意が必要な方

・治療部位に以下の疾患・症状がある方

感染病変、皮膚癌、単純ヘルペス、血管系疾患、入れ墨、アートメイク、肝斑、日焼け直後の方
出血性疾患に罹患、抗凝固薬を内服中の方

・妊娠、授乳中の方

・光に過敏な方、又は光線過敏症のある方

・ケロイド、瘢痕体質の方

・糖尿病などの内分泌疾患に罹患しており、創傷治癒に障害がある方

・麻酔薬にアレルギーのある方

・病変部が1cm以上の大きさがある方(切除をお勧めする場合があります)

◆治療前注意事項

・日焼けをした状態では熱傷を生じるリスクが高くなるため、照射をすることができません。

※日焼けしてしまった場合には、日焼けが落ち着いてからの照射となります。

・治療部位に日焼け止めやメイク、化粧品(クリーム、化粧水含む)が残っていると、レーザーが成分に反応して熱傷を起こす可能性があります。照射前には必ず落として下さい。

・トレチノインやレチノールが入った化粧品、ニキビ薬を使用している方は、来院までの1週間使用を休止してください。

◆治療方法と経過

・施術部位を清潔にし、局所麻酔の注射を行います。術中の痛みはほとんどありません。

・レーザー光から目を保護する為にゴーグルを着用します。照射中は外さないで下さい。

・目を閉じた状態でも眩しく感じることもありますが、影響はありません。

・治療による出血はほとんどありません。まれに出血した場合でもテープの上から圧迫を続ければ止まります。

・術後多少赤みが残りますが、やがて瘡蓋になり1~2週間後には自然に剥がれますので、無理にはがさないでください。瘡蓋がはがれてから約3ヶ月は傷の凹みが残る場合があります。

・治療後2週間はテープケアセットを使用し治療部位を保護し、2週間後再診して下さい。テープかぶれしなければ、ほくろ除去後は傷の盛り上がりや赤みを予防する目的のために最低3ヶ月程度テープを使用する事をお勧めします。

・治療後傷の凹みがなくなり、治療部位が目立たないようになるには約6ヶ月程度かかります。

- ・原則として、治療部位の発赤が消失し炎症が落ち着くまでの期間は、同部位の再照射は出来ません。
- ・個人差がありますが、治療後 3～4 週間後に炎症後色素沈着が一過性に濃くなる場合があります。顔の場合は通常 3～6 ヶ月で徐々に薄くなります。場合によっては内服やハイドロキノン外用をしていただくこともあります。
- ・イボやほくろは再発する事があります。これは目に見えないウイルスや細胞が1回で取りきれなかった場合に起こります。(ほとんどの場合3ヶ月以内に再発し、1年以上経ってから再発する事は非常にまれです。6ヶ月以内に再発された場合は半額で治療させていただきます。)

◆治療後注意事項

- ・施術後は、創部に保護テープを貼ってお帰りいただきます。
- ・当日は長時間の入浴は避け、シャワー浴としてください。
- ・激しい運動やサウナ、アルコール摂取は、赤みを強くする場合がありますので当日はお控え下さい。
- ・治療部位は掻いたりしないで下さい。皮膚を傷つけることで色素沈着になる可能性があります。
- ・治療後は炎症後色素沈着を起こしやすいので、治療期間中の日焼けは避けて下さい。日焼け予防対策を日常的に行って下さい。

◆副作用

- ・治療部位の凹みや白斑、色素沈着が残ることがあります。治癒過程において治療部位が肥厚する事があります。
- ・色素沈着が数ヶ月程度残存する可能性があります。
- ・瘡蓋を無理に剥がすと、傷跡やシミの原因となる場合があります。
- ・テープかぶれが生じる可能性があります。

治療には副作用が発症する可能性があることをご理解いただいた上で治療をお受けください。

予期できない合併症が生じた場合の治療費は別途発生いたします。

治療効果をご期待に添えない場合や副作用が発症した場合でもご返金は出来かねます。追加治療や薬の処方等の際は患者様ご負担になりますことをご了承ください。

経過観察をする目的で施術部位の写真を撮らせていただくことがございます。撮影させていただいた写真に関しては、厳重に保管し患者様との経過観察以外で無断使用することはありませんのでご安心ください。

炭酸ガスレーザー治療に関する同意書

みらい内科クリニック 院長殿

私は、上記の炭酸ガスレーザー治療の作用、副作用および安全性について十分に説明を受け理解しましたので、炭酸ガスレーザー治療を受けること、写真撮影に同意します。

年 月 日

氏名

保護者氏名

(＊20 歳未満の方は保護者の同意が必要です)