

## 炭酸ガス (Co2) レーザー治療同意書

### 【レーザー治療】

- この治療は、炭酸ガスレーザー照射により、イボ・ホクロ等を除去することを目的とした治療です。
- 通常 1 回の処置で終了しますが、2 回以上の処置が必要となることもあります。
- 治療後 2~3 週間の間、軟膏を塗りテープを貼ってください。テープで傷がいたまないよう、軟膏は多めに塗布するようにして下さい。
- 当日から洗顔やシャワー浴は可能です。テープがはがれたら、その都度処置をして下さい。
- 治療後、赤みが強い時期が 2~6 ヶ月続きます。その間は、日焼けをしないように日焼け止めクリームを必ず塗るようにして下さい。日焼けをするとシミになる場合があります。
- 皮膚を温存させる処置を行いなるべく綺麗に創部を治すために、細胞が深いところまである場合には再発してくる場合があります。
- 3 ヶ月以内であれば、有償で再照射させていただきます。
- 6 ヶ月以上たっても、レーザーの照射跡の盛り上がりやへこみ、赤みが残ることがあります。
- 十分に注意し色素性母斑 (ほくろ) と診断したのに対し施術しますが、見分けのつきにくい皮膚腫瘍の場合、追加の処置を要することがあります。
- 施術後、傷の大きさ等により創の治癒がご説明よりもおくれる場合があります。その際は頻回に通院する必要があります。また化膿等、治癒に問題がある場合は受診し相談するようにして下さい。
- 施術後、創部に関し問題が生じた場合は誠実に対応しますが、治療費以上の責任は負わないものとします。

### 【外用薬】 (治療に必要な場合は下記のクリームを使用していただくことがあります)

薬剤                       4% ハイドロキノンクリーム                       トレチノインクリーム

※使用中に体に合わず、かぶれや赤み、副作用等の症状が出る可能性があります、その際の治療費・診療費については自己負担になります。

※今回お買い求めになられた商品については返品に応じかねます。

※予約の変更・キャンセルは、マイページから行って下さい。

※所定の日以降のキャンセルや変更をされた場合、別途定めるキャンセルポリシーに基づきキャンセル料を申し受けます。

今回、上記の治療行為を受けるにあたり、その内容や効果、副作用・副反応について、担当医師より説明を受け、この治療行為が必要であることを理解して納得しましたので上記治療行為に同意します。

年        月        日

説明担当医

\_\_\_\_\_

患者氏名

\_\_\_\_\_

保護者または代理人氏名

\_\_\_\_\_

(未成年の場合のみ)