

京都武田病院コース・京都武田病院 追加コース治療同意書

◎治療コース◎

□【京都武田病院コース】

フラクショナルレーザー3回＋スポットレーザーとCO2レーザーにて希望のシミ・ホクロ取り
(フラクショナルレーザー施行と同時に限る)

□【京都武田病院コース 追加】

フラクショナルレーザー3回

※本コースの施術中に限り、スポットレーザーの取り放題を有償で追加できます。

【フラクショナルレーザー】

- この治療は、Qスイッチルビーレーザー照射により、肝斑や色素性疾患を複数回の治療でダウンタイムなしに改善させることを目的とした治療です。
- 1回で全ての症状を改善するのではなく、複数回の治療を継続することにより少しずつ穏やかに改善していきます。
- 治療回数は肌質・症状により異なりますが、2回目以降の治療間隔は、4週間以上あけます。
- おおよその照射時間は、顔全体で10分くらいです。
- 痛みは多少チクチクする程度ですが、部位によっては(頬骨の出ている部分など)痛みが増すこともあります。(必要であれば、痛みを軽減する処置を行います。)
- 特別なケースを除き、術後にガーゼやテープを貼る必要はありません。
- 当日はシャワーのみ可、入浴は翌日から可能です。
- 照射後に赤みや痛みが出ることもあります。部位によっては外用剤を処方しますので、医師の指示に従い塗布してください。
- 照射後シートマスクで冷却します。ご希望があれば有償で美容成分豊富な冷却シート(モイスチャーリフトマスク)をご利用頂けます。
- 症状によっては改善が見られないことがあります。
- 大きなほくろ、開いた傷、もしくは皮膚疾患のある箇所は治療を行わないことがあります。
- 経過により、発赤、水疱、痂皮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。
- ケミカルピーリングをしている方は、前日・当日・照射後3日間は中止してください。
- 照射後に、ほてりが続く場合は冷やしてください。
- 照射後は紫外線を避ける必要があります。日焼け止めクリームを塗ってお帰り下さい。
- 予約の2～3日前に、お顔の産毛を剃っておいてください。

【スポットレーザー】

- メラニンという色素に反応するレーザーを照射してシミを取る方法です。
- レーザー後当日は治療部位を濡らすことができません。
- 施術後、約2週間程度は、軟膏、ガーゼとテープの処置が必要です。3日目以降、創部が落ち着いていたら軟膏塗布後エアウオールUVの透明テープを使用し目立たなくすることも可能です。
- かさぶたが取れた後、約1か月後に色素沈着が生じ、一時的に濃くなります。
(一旦もとのシミより濃くなる場合もありますが、半年くらいかけて薄くなります。)
紫外線や乾燥、摩擦などによって色素沈着が強く出やすくなります。

治療後は日焼け止めや日傘を使用し、治療部位をこすらないようにしてください。
一度で取り切れないことがあります。その場合は半年程度間隔をあけて再度照射します。
その際、毎回料金がかかります。

再発することがあります。

【Co2 レーザー】

- 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回の照射で終了しますが、2回以上の照射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。
- 皮膚を温存させてなるべく綺麗に創部を治すため、細胞が深いところまである場合には再発してくることがあります。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。
- 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。

※各コースは、初回施術より1年間有効となります。

※京都武田病院 追加コースは、京都武田病院コースを終了し、1年未満の方、限定コースとなります。

※予約の変更・キャンセルは、マイページから行ってください。

※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。

【医師から患者さんへの特記事項】

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）