

ボツリヌス菌注入治療 説明・同意書

ボツリヌス菌注入について

ボツリヌス菌注入治療は、表情じわの原因となる筋肉の収縮を抑えることで、しわを緩和する治療法です。特に、眉間や目尻のしわに対して有効で、使用される薬剤は「ボトックスビスタ®」と呼ばれる A 型ボツリヌス毒素を含む注射剤です。ボトックスビスタ®は、神経と筋肉の間で化学伝達物質であるアセチルコリンの放出を抑えることで筋肉の収縮を防ぎ、しわを改善します。効果は投与後 2～3 日で現れ、通常 3～4 ヶ月間持続します。その後、効果が薄れてくるため、再度注射を行うことで同様の効果が得られます。ボトックスビスタ®は世界中で広く使用され、安全性が確立された薬剤です。日本では 2009 年に眉間のしわに対して、2016 年に目尻のしわに対して承認を受けており、資格を持つ医師のみが投与できる治療法です。

施術方法

しわのある部分の筋肉に数カ所、少量のボトックスビスタ®を注射します。 0.1mL = 2～4 単位

眉間じわ：10～20 単位 目じりのしわ：12～24 単位

合併症

内出血、かゆみ、紅斑、疼痛、頭痛、腫れ、発疹、アレルギー、眼障害（複視、霧視、眼瞼下垂など）、嚥下咀嚼障害、顔面麻痺、局所性筋力低下、口内乾燥、めまい、失神、感覚異常、発熱、感冒様症状、脱力、耳鳴、聴力低下、発汗
また、上記以外の合併症が現れる可能性がありますので、体調の変化や心配なことがあった場合には、医師に連絡してください。

注意事項

妊娠中・授乳中、または妊娠を予定している方

妊娠中や授乳中の方は治療を受けることができません。また、妊娠の可能性がある場合、投与中および最終投与後、2 回の月経を経るまでは避妊が必要です。男性も、投与中および最終投与後の少なくとも 3 カ月間は避妊が推奨されます（胎児および乳児への安全性が確立されていないため）。

アレルギー歴のある方

以前にボトックスを使用して発疹などのアレルギー反応が出た方、またはアレルギー体質の方は治療を受けることができません。

慢性的な呼吸器疾患や筋力低下がある方

喘息などの慢性呼吸器疾患、重度の筋力低下、全身性の筋肉疾患（重症筋無力症、ランバート・イトン症候群、筋萎縮性側索硬化症など）のある方や緑内障の方は、治療を受けることができません。

他の医療施設でボトックスの投与を受けている方

他の医療施設でボトックスの治療を受けている場合、必ず医師に申告してください。

使用中の薬剤がある方

使用中の市販薬や処方薬については、特にアミノグリコシド系抗生物質、パーキンソン病治療薬、筋弛緩薬、精神安定剤などを使用している場合、必ず医師に申告してください。

他のレーザー治療を受ける場合

同じ部位に他のレーザー治療を受ける場合、先にレーザー治療を行うことが推奨されます。

効果減弱

治療を繰り返すことで、まれに体内に抗体が作られ、薬の効果が減弱することがあります。

\$PATIENT_ID\$ \$PATIENT_NAME\$
(説明メモ)

施術名 ボツリヌス菌注入治療

説明日 年 月 日 説明医師：

- 診療に伴い発生する施術前後写真や資料等を「医学教育」や「研究目的」など学会論文発表で使用することを承諾します（個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います）。
- 診療に伴い発生する施術前後写真や資料等を院内説明写真やウェブサイト等掲載写真として使用することを承諾します。写真は施術部位のみで個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います。一度承諾しても、再度拒否することはできます。
- 写真はあくまでクリニックと本人の確認用途のみとし、第三者への閲覧は承認しません。

私は、施術の内容および起こりうるリスクを理解したうえで上記施術について同意いたします。

同意日 年 月 日

患者氏名 _____

代諾者氏名 (続柄) _____

<未成年の方> 親権者の同意が必要となります。 ※下記事項は親権者ご本人がご記入ください。

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の上記施術および手術に同意いたします。

親権者名		続柄	
住所			
電話番号			