

炭酸ガスレーザー 説明・同意書

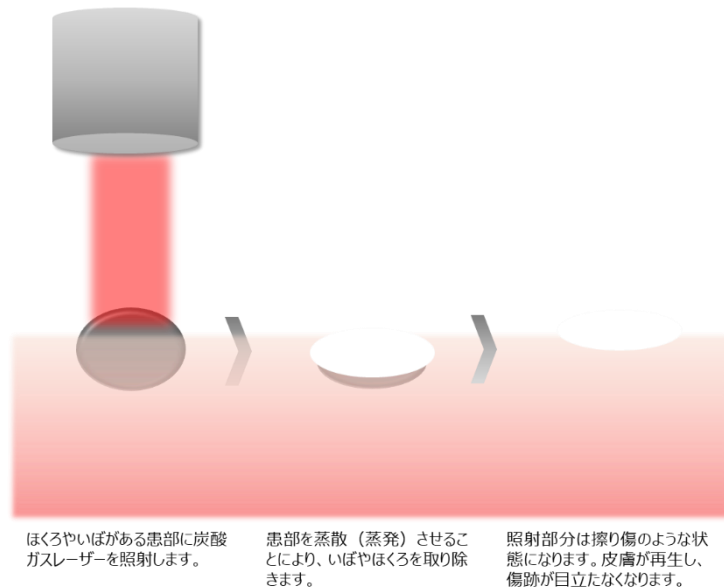
炭酸ガスレーザーとは

炭酸ガスレーザーは、細胞内の水分に反応し、組織を蒸散させることでイボやホクロを除去する治療法です。レーザーは精密に狙った組織のみを蒸散させるため、術後の瘢痕（傷跡）が小さくなりやすく、電気メスによる焼灼よりも周囲の皮膚へのダメージが少なく済みます。

※イボやホクロを整容的に除去する場合は自費診療となります。

施術について

施術は麻酔テープ、麻酔クリーム、または局所麻酔注射のいずれかを使用してからレーザーを照射します。照射部分は擦り傷のような状態になります。石鹸を使って洗浄し、軟膏を塗布するか専用のテープで保護します。処置は1日に1～2回行ってください。施術部位や範囲によって術後の処置方法は異なるため、医師が詳細を説明します。新しい皮膚が再生するまで、約2週間処置を続けてください。新しい皮膚ができた後は、紫外線対策として、半年間は日焼け止めを使用するなどして紫外線を避けてください。



合併症

出血：血液をサラサラにする薬を内服している方や、止血が困難な体質の方は術後に出血することがありますが、5～10分圧迫することで通常は止まります。

出血斑：皮下出血が生じることがありますが、通常2～3週間で自然に消退します。

毛囊炎：傷の部分に白い点が複数できることがありますが、通常は自然に消退します。治らない場合は圧出が必要になることもあります。

傷あと、陥凹変形：新しい皮膚が再生した際、赤い傷跡になることがありますが、時間の経過とともに徐々に肌色に戻ります。この期間には個人差があり、通常は数カ月から半年程度で目立たなくなります。病変が大きい場合や深い場合、創部が陥凹することがあります。

再発：病変が傷跡に再発することがあります。再発を繰り返す場合は、切除手術をおすすめします。

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

施術名 炭酸ガスレーザー

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			