

## IPL (Intense Pulsed Light) 光治療 説明・同意書

### 光治療とは

異なる波長の光を患部に照射することにより、そばかす、フォトリジュビネーション（こじわ、肌のくすみ）、赤い色のニキビ痕、赤ら顔などを総合的に改善する治療法です。当院で使用しているセレックVは従来の光治療器（IPL）においてやけどなどの副作用を引き起こす原因となっていた有害な光線を軽減し、お肌への負担を少なくするように改良されています。

### 光治療の方法

患部にゼリー塗布し、同部に光治療器のアプリケータをあて光を照射します。

### 合併症

痛み、ヒリヒリ感、赤み、色素沈着症、水ぶくれ、やけど、かさぶた など

### 注意事項

- 日焼けをされている方には施術することができません。
- 日焼けにより色素沈着を起こすことがあります。治療中は毎日、日焼け止め剤（SPF 30 以上、PA ++）を塗り、帽子や傘を使用し、日焼けをしないようにしてください。
- 光治療は、1カ月に1度5回程程度の施術で効果を実感できるといわれています。5回施術毎に、肌診断を含めた診察を推奨します。
- 光治療で、かさぶたになったり、皮膚の深部に存在するメラニンが浮き出てきたりすることがあります。かさぶたは約2週間で脱落します。
- 色素沈着は個人差があり、長い場合は一年ぐらい持続することがあります。
- 色素沈着などの合併症が発現することもありますので、大事なご予約のある方は治療前にご相談ください。
- 施術後1週間は角質除去をせず、スクラブを使用しないでください。
- 少なくとも48時間は機能性化粧品（例：レチノール、AHA）の使用を控えてください。
- 施術直後はサウナに入らないでください。
- アルコール成分が含まれているスキンローションは施術後に皮膚に刺激を与えますので使用を控えてください。

### 施術をお受けいただけない患者様について

- 心疾患、心臓ペースメーカー等埋め込み型医療機器をご使用の方
- 出血性疾患の方、自己免疫疾患の方、金製剤を服用したことがある方
- 光過敏性疾患の方、光感作性薬剤を服用している方
- 糖尿病による合併症を発症している方
- 施術部位に創傷、皮膚疾患のある方、ケロイドを有する部位への施術およびケロイド体質の方
- 施術部位に金の糸または金属プレート等を入れている方
- てんかんの方、精神神経疾患の方
- 妊娠授乳している方

### 施術を受ける場合に、事前に慎重な検討をしなければならない患者様について

- 敏感肌の方、多毛症の方
- 抗血液凝固剤を服用している方、抗炎症薬、アスピリンを服用している方
- ビタミンA誘導体（トレチノイン）を使用している方

\$PATIENT\_ID\$      \$PATIENT\_NAME\$  
(説明メモ)

施術名                      光治療

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			