

## 「POTENZA (ポテンツァ)」ダイヤモンドチップ治療 説明・同意書

### 「POTENZA (ポテンツァ)」ダイヤモンドチップ治療

POTENZA (ポテンツァ) のダイヤモンドチップ治療は、RF (高周波) による熱エネルギーを利用し、ダウンタイムをほとんど起こさずに、肌のハリ・ツヤ・たるみを改善することを目的としています。RF エネルギーを皮膚の深層まで均一に伝達し、真皮内でコラーゲンやエラスチンの生成を促進します。

### 施術方法

施術では、まず専用の潤滑剤を塗布し、その後、やや熱を感じる程度の強さで RF を照射します。治療中の痛みはほとんどありません。施術時間は、部位や症状によって異なりますが、全顔で約 15～20 分です。1 回の施術でも効果が見られることがありますが、月に一度、複数回の施術を継続することで、より一層の改善が期待できます。

※効果には個人差があり、部位によっては目立った効果が見られない場合があります。

### 施術後の注意事項

- 効果を最大限に高めるため、治療後のクーリングは行いませんが、帰宅後に強い赤みや熱感が続く場合は、保冷剤などで冷やしてください。
- 日焼けによる色素沈着を防ぐため、紫外線対策を行ってください。
- 当日は飲酒、サウナ、半身浴、激しい運動を避けてください。
- 施術後に発赤や痛みが長引いたり、水疱ができたりした場合は、適切な処置を行いますので、当院にご連絡ください。

### 合併症

- 赤み、腫れ : 表面の軽い赤みが生じることがありますが、1～2 日でほぼ改善します。
- 痛み : 痛みは殆どありません。施術中に痛みを感じる場合はすぐにお知らせください。
- 色素沈着 : きわめてまれに、一時的または恒久的な色素沈着が起こることがあります。

### 治療をお受けいただけない患者様について

- ・心臓ペースメーカーなどの埋め込み型医療機器を使用している方
- ・心臓疾患のある方
- ・出血性疾患のある方
- ・自己免疫疾患のある方
- ・糖尿病による合併症を発症している方
- ・皮膚悪性腫瘍や前癌病変、またはその疑いがある方
- ・施術部位に創傷や重篤な皮膚疾患、感染症がある方
- ・施術部位に金属糸や金属プレートが入っている方
- ・タトゥーやアートメイク上での施術
- ・ケロイド体質やケロイドのある部位の施術
- ・アルコール依存症、薬物依存症などの精神神経疾患がある方
- ・金属アレルギーがある方
- ・妊娠中の方

### 医師に申し出が必要な方

- 悪性疾患のある方
- 急性疾患のある方
- 血管腫のある方
- 肝斑のある方
- 敏感肌の方
- 抗血液凝固剤を服用している方
- 抗炎症薬やアスピリンを服用している方
- 歯にブリッジ、インプラント、矯正器具などの金属製器具を装着している方

- \$PATIENT\_ID\$ \$PATIENT\_NAMES\$  
(説明メモ)

施術名 「POTENZA (ポテンツァ)」ダイヤモンドチップ治療

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に同意いたします。

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 親権者名 |  | 続柄 |  |
| 住所   |  |    |  |
| 電話番号 |  |    |  |