

ピコレーザー治療に関する説明書・同意書

❖ ピコレーザーについて

ピコレーザーとは、ピコ秒(1ピコ秒=1兆分の1秒)という短い時間でレーザー光を照射することができる機械です。照射時間が短いため、最大出力が大きくなり、色素斑等のメラニンに対して、瞬間的にエネルギーを伝えることができ、熱作用が少ないため、結果的に少ない回数での色調改善が期待されています。またレーザー照射後の副作用(炎症反応や色素沈着)を軽度を抑えることが可能と考えられています。

❖ 適応症例

- ・シミ、そばかす、唇のシミ、皮膚の質感の改善、真皮メラノサイトーシス(ADM)・ニキビ跡の凸凹、皮膚の小ジワの改善
- ・初期の脂漏性角化症(イボ)、アートメイクの除去、タトゥーの除去

❖ 治療前注意事項

- ・日焼けをした状態では熱傷を生じるリスクが高くなるため、照射をすることができません。
- ・日焼けをしないようSPF30以上の日焼け止めをして下さい。
※日焼けしてしまった場合には、日焼けが落ち着いてからの照射となります。
- ・治療部位に日焼け止めや化粧品(クリーム、化粧水含む)が残っていると、レーザーが成分に反応して熱傷を起こす可能性があります。照射前には必ず落として下さい。
- ・サンオイルを使用している場合は、1~2週間前より使用を控えて下さい。

❖ 治療後注意事項

- ・トーンニングやフラクショナルを照射した後、照射部位が腫れや赤みが残ることがありますが、一過性の症状であり1週間程度で軽快します。1週間以上経過しても軽快しない場合は早めにご連絡下さい。
- ・照射直後は疼痛が強い場合がありますので、アイスパック等でクーリングを行います。
- ・スポット照射を行った場合、必要に応じてテープ保護+軟膏処置を行います。
- ・治療部位は掻いたりしないで下さい。皮膚を傷つけることで色素沈着になる可能性があります。
- ・当日は入浴をせず、シャワー浴のみとして下さい。飲酒、サウナ、激しい運動はお避け下さい。
- ・赤み・腫れ・痒みが強い場合は来院して下さい。
- ・治療期間中の日焼けは避けて下さい。日焼け予防対策を日常的に行って下さい。
- ・照射後は医師の指示に従い、ホームケアを行って下さい。

❖ 治療方法と経過

- ・必要時表面麻酔を行います。痛みに弱い方は医師に相談して下さい。
- ・レーザー光から目を保護する為にゴーグルを着用します。照射中は外さないで下さい。
- ・目を閉じた状態でも眩しく感じることもありますが、眼に影響はありません。

❖ 副作用

- 【色素沈着】擦れやすい・日焼けしやすい箇所は色素沈着のリスクが高くなります。
- 【色素脱失】色調が濃い場合は熱損傷や頻回の治療を行う事により発生します。
- 【瘢痕】元の体質や、出力・短期間の照射間隔にてリスクが増大します。
- 【その他合併症】痂皮形成、水泡形成、紫斑、紅斑、浮腫、搔痒感、炎症等。

✿ 治療を行えない部位

- ・感染性の皮膚疾患又は、切開創・開放創・炎症・化膿がある
- ・悪性腫瘍直上・単純ヘルペス1型、2型の活動病変上
- ・1カ月以内の強い日焼け部位

✿ 治療が受けられない方・注意が必要な方

下記の病気や症状がある方、下記薬剤の使用中的の方は治療を受けられません

- ・532nm、730nm、1064nmの波長域の光に過敏な方、又は光線過敏症のある方
- ・ケロイド、瘢痕体質の方・糖尿病などの内分泌疾患に罹患しており、創傷治癒に障害がある方
- ・免疫抑制を引き起こす疾患、免疫抑制剤使用中
- ・出血性疾患に罹患、抗凝固薬を内服中
- ・妊娠中、またその可能性がある
- ・発熱している・全身状態が芳しくない
- ・光過敏性発作・光線過敏症に関連した疾患に罹患・既往
- ・光過敏症を誘発する薬剤・外用薬・サプリメントを使用中

※妊娠・授乳中の方は安全性が確立されていません。医師にご相談下さい。

治療中は必ず担当医師の指導に従って下さい。医師の指導に従わない場合、十分な治療効果を得られないだけでなく、障害が発生する場合があります。また、治療の過程で異常を感じた場合は必ず医師や看護師に報告し、必要時は医師の診察を受けその指示に従って下さい。また、当院では治療経過の確認のためにカルテ用の写真撮影を行っております。写真撮影の同意がいただけない場合には経過確認が十分にできないため施術効果お問い合わせや施術の影響による合併症(皮膚トラブル・神経症状など)が生じた場合などについて、適切な処置ができない可能性があります。また、合併症が生じた場合の治療費は別途発生いたします。症状によって、施術日数や効果には個人差があります。

ピコレーザー治療に関する同意書

私は、上記のピコセレーザー治療の作用、副作用および安全性について十分に理解し、
ピコレーザー治療を受けること、写真撮影に同意します。

年 月 日

患者氏名

*18歳未満の方は保護者の (18歳未満の方のみ)
同意書が必要です。 保護者氏名

お預かりした個人情報は「にしたんARTクリニック 美容内科・美容皮膚科」の全ての医院で共有いたします。予めご了承下さい。