

ピコフラクショナル治療を受けられる方へ

1. 治療の目的

ざ瘡瘢痕、毛穴等の肌質の改善。

2. 使用する医療装置

Nd:YAG ピコ秒レーザー及び MLA フラクショナルレンズ

3. 方法

- ・ 治療内容により、または広範囲の治療には、外用麻酔を使用します。
- ・ 照射時には多少の痛みと白色変化が起こり、点状出血を伴うこともあります。
- ・ 通常 1 か月から 3 ヶ月程度の間隔で複数回の治療を要します。

4. 治療前の注意点 <注意 日焼けをしている方には治療ができません>

- ・ 治療部位に悪性黒色腫がある方、妊娠中の方には治療はできません。
- ・ 光恐怖症、光過敏症、光アレルギー、てんかん、光による発作障害の既往歴、ペースメーカーやインプラントの有無については事前にお知らせ下さい。
- ・ 内服中の薬、外用中の薬のある方は事前にお知らせ下さい。
 - ・ アキュテイン（難治性ニキビ療薬） 使用後 6 ヶ月以内の方は治療できません。
 - ・ 金療法を行っている方は、青灰色変色が生じる可能性があるので治療できません。
 - ・ 感光性薬物(テトラサイクリン等)使用の方は、試験照射を実施することがあります。
 - ・ 抗凝血剤使用の方は、紫斑やあざのリスクが増加する可能性があります。
- ・ 出血性疾患の方は治療できません。
- ・ 白斑又は色素性疾患の既往歴、特に色素沈着は色素脱失の傾向を有する方は治療できません。
- ・ ヘルペス患者、開口した傷を有する方は治療できません。
- ・ 凝固障害の既往歴を有する方は治療できません。

5. 治療後の注意点

- ・ 治療後、赤み、発疹、瘢痕、点状出血が 1～7 日もしくはそれ以上続く可能性があります。
- ・ 治療後、PIH（炎症後色素沈着）が起こる可能性があります。
- ・ PIH の予防のため、患部に物理的刺激を与えないよう注意してください。
- ・ 疾患の再発防止、次回の安全な治療のために、外出時や屋内でも窓側にいるときは日焼け止めを塗って紫外線を防止して下さい。

* 効果や反応には個人差がありますので、ご不明な点は必ず治療前にご相談下さい。

私は、医師の説明を理解し上記の内容について確認しましたので、Nd:YAG ピコ秒レーザー治療を受けることに同意致します。

年 月 日

ご住所

お名前

自筆サイン:

保護者サイン*:

⑩

* 本治療を受ける方が未成年者の場合のみ