

## フォトフェイシャル®

## 説明・同意書

フォトフェイシャル®は、IPL（Intense Pulsed Light）という光をお顔全体に照射することで、様々なスキントラブルを改善する治療法です。肌に対して最小限のダメージで、少しずつ病変を改善していきます。5回を1クールとして治療をおこないます。※効果や治療間隔、治療回数には個人差があります。

- 照射時は、輪ゴムでパチンとはじかれたような感覚があります。照射後は、軽度の日焼けのようなほてり感を感じる場合がありますが、数時間で治まります。冷却することにより軽減します。
- 照射後に、皮膚の状態・皮膚の色により、軽度の発赤や腫れが生じる場合があります。
- 照射後に、色素性病変（シミ）の色が一時的に濃くなり、軽いかさぶたが形成される場合があります。その場合、かさぶたが剥がれ落ちるまでに5～10日かかることがあります。皮膚を擦ったり、引っ掻くなどの刺激を与えないことが重要です。
- 毛細血管の治療では、一時的に血管病変が濃くなったり、小さい紫斑が現れる場合があります。
- 痤瘡の治療では、一時的に炎症がひどくなったように見える場合がありますが、治療後数時間から数日以内に治まります。
- 治療後まれに、火傷や色素沈着などの副作用が生じる可能性があります。
- 色が薄くなる（または消える）事を望まないホクロ（チャームポイントのホクロなど）がある場合は、施術前に担当医にご相談ください。
- 施術後に皮膚の異常がある場合は速やかに医師にご相談ください。

◆ **禁忌事項** ◆ 禁忌事項に該当する患者様はこの治療を受けることが出来ませんのでご了承下さい

|                                                                                           |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内の日焼け（海外旅行、海、山、ゴルフ、日焼けサロンなど）                                 | <input type="checkbox"/> 活性ヘルペス、またはヘルペスの病歴がある方             |
| <input type="checkbox"/> 光感受性が高い方（全身性エリテマトーデスまたはポルフィリン症の病歴など）、又は光感受性を高める薬剤、サプリメントを服用している方 | <input type="checkbox"/> 抗凝固剤を服用している方                      |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中、または授乳中の方                                                     | <input type="checkbox"/> 前がん病変、皮膚がん、または皮膚がんの病歴がある方         |
| <input type="checkbox"/> 免疫抑制疾患、または免疫抑制剤を服用している方（HIV感染など）                                 | <input type="checkbox"/> ケロイドの既往がある方                       |
|                                                                                           | <input type="checkbox"/> 糖尿病、てんかん、アルコール中毒、鬱血性心疾患などの全身性疾患の方 |
|                                                                                           | <input type="checkbox"/> 重度の各種皮膚疾患または炎症性皮膚疾患、感染性皮膚疾患の方     |

副作用のリスクを減らし、治療の効果を上げるために、必ず日焼け止めを塗ってください。（SPF30以上）  
本治療に関してご不明な点は、担当医とご相談下さい。

## ＜同意書＞

私は、担当医師 \_\_\_\_\_ から、フォトフェイシャル®について、その方法、効果、副作用などについて詳しい説明を聞き、理解しました。その上で、この治療をうけることに同意いたします。

年            月            日            氏名 \_\_\_\_\_ 印