

Q-SW ルビーレーザー同意書

Q-SW ルビーレーザーはシミの黒い部分（メラニン）によく吸収される波長をもつレーザーです。

治療が受けられない方	1 ヶ月以内に日焼けをした方・肝斑のある方・妊娠、授乳中の方・皮疹、ヘルペス発疹、皮膚炎がでている方・自己免疫疾患の方・ペースメーカー、埋めこみ式除細動器、金属プレート、金の糸・シリコンが埋め込まれている方・重度の心臓疾患を有する方・糖尿病など創傷治癒に問題がある方・ケロイド体質の方。
ダウンタイム	レーザー照射部位が、カサブタになり色調が濃くなります。
テープ保護	<u>治療直後～カサブタが付いている間は、テープ保護して下さい。</u> 顔：1 週間程度 身体：2 週間程度 *痂皮を守るため、毎日貼り替える必要はありません。テープが剥がれたり、汚れたら貼り直してください。 <u>*カサブタが取れたらテープ保護の必要はありません。</u>
洗顔・入浴・メイク	洗顔・入浴・メイクはテープを貼ったまま行って下さい。照射していない部位は通常通りのスキンケア・メイクが可能です。
治療後の経過	① <u>レーザー照射後～1～2週間</u> ：カサブタになり色調が濃くなります。 治療後、照射部位は炎症をおこした状態になっています。無理にはがしたり触ったり掻いたりしないよう気を付けて下さい。 ② <u>1～2週間後</u> ：カサブタが取れたらピンク色の色調になります。（まだ再生した皮膚が薄い状態） 照射部位に赤みが残ることがありますが、1～2ヶ月で消退します。 ③ <u>2～3週間後～1年半</u> ：カサブタが剥がれてから、一時的に色味が濃くなることはありますが、これは炎症後色素沈着といってシミの再発ではなく、レーザーの照射により皮膚に熱を加えたため起こる一過性の変化です。この炎症後色素沈着は美白剤で薄くします。
アフターケア	日中 ：SPF20 以上の日焼け止めを推奨しています。 治療した部位は、非常に過敏な状態となりますので、紫外線に直接さらすと色素沈着を起こしやすくなります。少しの外出でも、必ず日焼け止めをご使用下さい。（3ヶ月程）長い時間屋外で過ごす場合には、日焼け止めは3時間おきに塗り直す必要があります。 夜間 ：美白剤をご使用ください。 レーザー照射後に大切なのは、①保湿②外的刺激の排除③遮光です。 シミが完全に消えた後でも、再発することがあります。治療後も日焼け止め、美白剤の使用をお勧めします。美白剤を使用することにより、炎症後の色素沈着を最小限に抑えることができ、広めに外用することで目立たないシミが少しずつでも改善されます。
経過の診察	治療後 1～2 週間後（カサブタが脱落した頃）に、治療担当医師の診察をお受け下さい。その際に、炎症後色素沈着の予防のために美白剤のクリームを処方致します。
治療間隔	シミやアザの種類によって数回の照射が必要な場合もあります。この場合の照射間隔は治療後2～3ヶ月後となります。（この場合は医師の指示があります）都度、料金がかかります。

【治療の流れ】

- ① カウンセリング・計測 初診料：¥3,300 or 再診料：¥1,100
1 cm以下1個：¥5,500 シミ取り放題ピキナー10 ショットまで：¥22,000
2 cm以下1個：¥11,000 シミ取り放題ライト 50 ショットまで：¥55,000
3 cm以下1個：¥16,500 シミ取り放題プロ 200 ショットまで：¥110,000
4 cm以下1個：¥22,000 シミ取り放題パーフェクト : ¥220,000
※シミ取り放題では、肝斑・薄いシミ・あざ・日焼けされている方等 Dr 判断で、照射不可なものは除きます。

テープ代 : ¥275~¥495 □コイド軟膏 : ¥330

②写真 経過観察を目的にカルテ写真をお取りさせていただきます。

③クレンジング 照射部位のお化粧、日焼け止めをクレンジングシートで拭き取りさせていただきます。

④冷却 照射時の痛みを軽減させるために、照射部位をアイスパックで冷やします。
*輪ゴムで弾かれるような痛みがありますが、範囲が狭いため通常は麻酔を要しません。

⑤レーザー照射 1回の照射で直径3~5mmの円形に照射されます。照射は数秒~数分で終了します。

⑥処置 抗炎症作用のある軟膏を塗布し、テープ保護します。
*照射部位に軽度の出血が起こることがありますが異常ではありません。

⑦経過の診察 約1~2週間後 再診料¥: ¥1,100 ハイドロキノロン 10g : ¥1,650

治療効果がご期待に添えない場合や、副作用を発症する可能性があることをご理解いただいた上で治療をお受けください。治療費の返還はできかねますこと、副作用に関わる治療費は患者様ご本人のご負担になりますことをご了承下さい。私は、両面の記述内容及び治療に伴うリスクを含めて理解・確認し、納得した上でQ-SW ルビーレーザー治療を受けることに同意致します。

年 月 日

自筆サイン _____

保護者(未成年の場合)自筆サイン _____

緊急連絡先(携帯電話など) _____

ミルディス皮フ科(横浜西口) TEL050-3734-5835