

アイコン光治療 説明書

アイコン光治療予定: フェイシャル光治療 (全顔面・両頬)
脱毛治療 部位 ()

アイコン光治療予定: 年 月 日

<フェイシャル 光治療>

適応:表皮のくすみ、シミ、小じわなど

光治療は、フォトセラピー、IPLとも言われ、光エネルギーにより、メラニンやヘモグロビンなどに反応すると同時に、コラーゲン再生・肌のターンオーバーを促進する作用があります。

表皮のシミ、くすみを少しずつ薄くしていき、キメ、ハリ、弾力アップといった美肌効果が期待できます。

結果には、個人差がありますが、有効である場合は、治療を継続することで、効果の維持が期待できます。

<脱毛>

ICONは、強力な医療光により、毛を再生する毛包や毛乳頭に反応し破壊することで脱毛効果を発揮します。

治療は、1〜2ヶ月に1度、通常6回程度、男性のひげは10回程度が目安です。

<禁忌事項>

- ① 光過敏症を引き起こす薬(イソトレチノインなど)を服用している、治療反応に影響する薬品を使用している。
- ② 金治療を受けた事がある。
- ③ 過去6週間で当院以外で脱毛治療を受けた。
- ④ 過去4週間以内に日焼けをしている。
- ⑤ 既往症にケロイド体質・肥厚性瘢痕、ループス、皮膚がん、神経障害症、糖尿病性神経障害、血管凝固異常疾患、治療部位のヘルペスがある
- ⑥ 植込み型医療機器(ペースメーカー、心臓除細動器 その他)を装着している。
- ⑦ 妊娠中

<アイコン治療前・治療時>

- ① 治療部位に毛がある際は、皮膚を傷つけないように毛剃りをしてきてください。
- ② 治療部の化粧・クリーム・オイルは、全て除去して下さい。
- ③ 治療時、医師・患者共に必ず波長に合ったゴーグル等で、目を保護してください。
- ④ 最新の冷却システム搭載機ですが、照射時は、輪ゴムで弾いたような感覚や熱を感じることがあります。

<アイコン治療後>

- ① 治療後約1時間、治療部位を冷却すると炎症が早く消退します。
- ② 当日の激しい運動、発汗するようなサウナなどは控えて下さい。
- ③ 治療部位を掻いたり、擦ったりせず、保湿を心がけて下さい。
- ④ 治療後、プール・海水浴・温泉など約5〜7日間避けて下さい。
- ⑤ 主な副作用は、一時的な紅斑(赤み)、紫斑、日焼け後のような違和感、かゆみ、痛み、火傷、浮腫、かさぶた等で通常5〜25日で軽快していきます。
- ⑥ 水疱ができた際は、潰さないよう注意し、粘着性のない被服剤を使用し、痛む場合は、医師にご連絡ください。
- ⑦ かさぶたができた場合は、傷跡が残る可能性が高まりますので、無理に剥がさないで下さい。
- ⑧ 局所熱感があり、膿が出たりする場合は、感染している可能性がありますので、医師にご連絡下さい。
- ⑨ 色素沈着や皮膚色が薄く変色、瘢痕、血腫などの合併症は、稀ですが起こる可能性があります。
- ⑩ 次回の治療までSPF50の日焼け止めクリームを使用し、遮光に留意して下さい。

説明医師 _____ 印

患者氏名 _____

アイコン光治療 同意書

私は、患者 様へのアイコン光治療について、病名・症状、実施予定・治療の目的・内容・有効性、その治療に付随する危険性と発生の可能性や対処法などについて説明いたしました。

1. 現在のあなたの症状 : _____

2. 予定の治療 : _____

以下、別紙説明文書のとおり

説明年月日 :

説明医師 : _____ 印

同席者 : _____ 印

私は、アイコン光治療について、上記医師から説明を受け、その内容を十分に理解致しました。また、この治療を受けるかどうか検討するための時間も十分に与えられましたので、納得して同意いたします。なお、このたびの治療実施に際し、緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意し、説明文書とこの同意書写しを受け取りました。
(具体的な要望があればかいてください)

高槻赤十字病院
院長 殿

同意年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____ (自筆署名)

- ・患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者の署名をお願いいたします。
- ・患者様の容態により、ご本人からの了解を得ることが困難な場合には、ご家族の署名をもって、これに代えさせていただきます。

ご家族・代理人: _____ (自筆署名)