

ID : \_\_\_\_\_

## レーザー治療に関する説明書（しみ・あざ）

高槻赤十字病院 形成外科 電話 072-696-0571

### 1. レーザー治療とは

種々の光線を用いて、皮膚のごく浅い範囲を削る、または色素を破壊することで病変を治療していく方法です。当院では2種類のレーザー（炭酸ガス、Qスイッチルビーレーザー）を設置しています。

### 2. レーザー治療の実際（Qスイッチルビーレーザー）

- ・ 照射部位をひやす、または局所麻酔を注射します。
- ・ レーザーを照射してゆきます。麻酔をしない場合、輪ゴムではじかれた程度の痛みがあります。

### 3. 照射後の注意

- ・ 照射部位は、軽いやけどの状態になります。水に濡れても結構ですが、被覆剤シートまたは軟膏とガーゼ処置を1日1回行ってください。
- ・ 照射後数日で黒い痂皮（かさぶた）ができます。これは、熱変性した表皮が付着したのですが、皮膚が再生する間の保護の役目をしていますので、決してこすったり、無理に剥がしたりしないで下さい。シートまたはガーゼの交換時も無理に剥がさないように注意してください。2週間程度、痂皮をつけておくのが目安です。
- ・ 痂皮がはがれた後は、照射部位がピンク色になります。この時期に紫外線をあびると色素沈着をおこすので、遮光を十分に心がけて下さい。以降、①遮光（日に焼かない）②こすらない③保湿の3点スキンケアをしっかりとってください
- ・ レーザー後の色素沈着について・・・レーザー照射後1ヶ月ほどして、照射部が茶色くなります。これは照射による炎症の反応で生じるもので、しみの再発ではありません。色の濃さに個人差がありますが、3点のスキンケアを守っていれば、数ヶ月から半年で薄くなります。
- ・ レーザー照射は何回必要？・・・平坦なしみ（老人性色素斑）の場合、おおむね1回の照射でとれますが、部分的にイボ状に盛り上がってる場合は炭酸ガスレーザーを併用しますので複数回照射します。また、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性刺青の場合は複数回の照射が必要です。事前に担当医に聞いておくとうよいでしょう。

### 4. 同意の撤回について

同意書の提出後でも、治療開始までは同意を撤回することができます。予約制の治療ですので、治療をキャンセルする場合は、下記まで必ずご連絡下さい。

### 5. その他

治療について質問がある時、治療中に異常を感じたときは、ご連絡下さい。

説明医師： \_\_\_\_\_ 印

患者氏名： \_\_\_\_\_

## 手術・麻酔・検査についての同意書

ID : \_\_\_\_\_

私は、患者 \_\_\_\_\_ 様への手術・検査・麻酔について、病名・病態、②実施予定・医療の目的・内容・必要性・有効性、③その医療に付随する危険性と発生の可能性、④代替医療とそれに付随する危険性、⑤何も医療を行わなかった場合の結果などについて説明いたしました。

1. 現在のあなたの病名 : \_\_\_\_\_
2. あなたの病態 : \_\_\_\_\_
3. 予定の手術・検査 : \_\_\_\_\_

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、手術・麻酔・検査について、上記医師から説明を受け、その内容を十分に理解いたしました。また、この手術・検査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、このたびの手術・検査・麻酔の実施中に、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、何でも書いてください)

.....  
.....

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)

- ・ ご家族等の署名は、出来るだけお願いします (任意)
- ・ 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、ご家族等の署名をもって、これに代えさせていただきます。

ご家族・代理人 : \_\_\_\_\_ (自筆署名)