

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

## レーザー治療に関する説明書（ほくろ・いぼ）

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。メスで切る手術に比べると、傷跡はごくわずかに済むことが利点です。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（炭酸ガスレーザー）

- ・ 照射部位に局所麻酔を注射します。
- ・ レーザーで病変部を削ってゆきます。ほくろの場合、母斑細胞（ほくろの細胞）は皮膚の深い部位に存在するため、皮膚を掘り込むように照射を行います。従って照射直後は陥凹した創になりますが、創が治るにつれ、陥凹は改善してゆきます。

### 3. 照射後の注意

- ・ 照射後は、擦り傷より深い程度の創になります。この間は創部をシャワーで洗浄してから、被覆材シートまたは軟膏とガーゼによる処置を1日1回行って下さい。創の陥凹も徐々に軽快してゆきます。傷の治癒まで2-3週間かかります。
- ・ 創が治癒した後は、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。傷跡が硬い場合には、スポンジテープによる圧迫治療を行うこともあります。
- ・ **ほくろの再発**について・・・母斑細胞は皮膚の深い部位（真皮深層）に存在するため、レーザー治療ですべて削り取ることはできません。また、母斑細胞は刺激で活発になるという性質があるため、照射の後にほくろが再発することがあります。再発の程度をみて必要であれば再照射を行います。
- ・ 傷跡について・・・多くはやや白い平坦な傷跡になりますが、同じ深さの創でも年齢・皮膚の性質によって、傷跡が硬くなったり、いつまでも赤みが引かないことがあります。個々に応じたケアを行いますので、自己判断せず、担当医にご相談下さい。

### 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)