

ヒアルロン酸注入同意書

ヒアルロン酸およびその他の皮膚用フィラー注入に関する情報提供同意書

クライアント情報

名前 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

施術詳細

フィラー製品 *

- | | |
|---|---|
| ☐ Juvederm (Voluma, Vollure, Volbella) | ☐ Restylane (Lyft, Silk, Defyne, Refyne) |
| ☐ Radiesse | ☐ Sculptra |
| ☐ RHAコレクション | ☐ Revanesse Versa |
| ☐ その他 | |

施術部位 *

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 唇 | ☐ 鼻唇溝（笑いじわ） | ☐ マリオネットライン |
| ☐ 頬／ミッドフェイスのボリューム | ☐ 顎の増大 | ☐ 顎のラインの輪郭 |
| ☐ 目の下／涙溝 | ☐ こめかみ | ☐ 非手術的隆鼻術 |
| ☐ 手 | | |

健康診断

以前に皮膚用フィラー注射を受けたことがありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

はい場合、以前の合併症を説明してください

永久的または半永久的なフィラー（シリコン、PMMAなど）を受けたことがありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

過去2週間以内に歯科治療を受けましたか、または予定されていますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

ヘルペス（単純ヘルペス）の既往歴がありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

自己免疫疾患がありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

リスクと合併症

潜在的なリスクと合併症：

- 注射部位の内出血、腫脹、発赤（一般的であり、1～2週間で解消）
- 非対称性（修正が必要な場合があります）
- 皮下のしこりや隆起
- Tyndall効果（特に目の下の青白い変色）
- 注射部位の感染
- 肉芽腫形成（炎症反応）
- 血管閉塞——血管の閉塞により組織損傷が生じる可能性があり、極めて稀な場合、視力変化や失明につながることもあります
- 皮膚壊死（血流が低下した場合の組織壊死）
- 製品の移動（注入部位から移動）
- アレルギー反応（ヒアルロン酸フィラーではまれ）

ヒアルロニダーゼ（Hyalenex）は、合併症の場合にヒアルロン酸フィラーを溶解するために使用できます。非HA系フィラーは溶解できません。

皮膚用フィラー注入の血管閉塞は稀ですが深刻な合併症であり、組織損傷、皮膚壊死、または視力変化につながる可能性があることを理解しています。施術後に異常な痛み、蒼白、または視力変化を経験した場合は、直ちに医療支援を求めることの重要性を理解しています。

血管閉塞のリスクを理解
しています： _____

皮膚用フィラー施術の潜在的なリスクと合併症について通知されています。結果は個人差があり、フィラーは一時的であり、追加施術が必要になる場合があることを理解しています。

上記のすべてのリスクを
承認します： _____

サービス記録

オフィス使用のみ

	日付	部位	製品／ロット番号	体積（mL）
記入欄 1				
記入欄 2				
記入欄 3				
記入欄 4				
記入欄 5				
記入欄 6				

同意と署名

私は皮膚用フィラー注入施術を自発的に同意します。利点、リスク、代替案、および潜在的な合併症について通知されています。質問の機会が与えられ、すべての質問に満足のいく回答をいただきました。これは選択的な美容施術であり、結果についての保証は一切ないことを理解しています。提供者および医院のこの施術に関連する責任を免除します。

上記の情報を読み、理解したことを確認し、情報提供に基づいた同意を与えます。

上記の情報を読み理解しました: _____

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。