

レーザー皮膚リサーフェシング同意書

フラクショナルCO2、エルビウム、カーボンレーザーピーリングを含む、アブレーティブおよび非アブレーティブレーザーリサーフェシングの知情同意書

クライアント情報

名 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

治療詳細

治療タイプ *

- | | |
|--|---|
| ☐ フラクショナルCO2（アブレーティブ） | ☐ エルビウム（アブレーティブ） |
| ☐ 非アブレーティブフラクショナル（例：1540/1550 nm） | ☐ カーボンレーザーピール |
| ☐ その他 | |

治療部位 *

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 顔全体 | ☐ 目の周り | ☐ 口の周り |
| ☐ 首 | ☐ 胸部 | ☐ 手 |
| ☐ 瘢痕（下記で指定） | | |

目標

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ しわと細かい線 | ☐ ニキビ跡 | ☐ 日光ダメージ／色素沈着 |
| ☐ 肌質と毛穴 | ☐ 皮膚の弛み | |

以前にレーザーリサーフェシング、深いピーリング、またはダーマブレーション受けたことはありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

ある場合は、いつどのように皮膚が反応しましたか？

医療履歴

妊娠中、妊娠を計画中、または授乳中ですか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

以下のいずれかがありますか？

- | | |
|---|--|
| ☐ 自己免疫疾患（ループス、リウマチ、多発性硬化症など） | ☐ 出血障害または抗凝血薬を服用中 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ ケロイドまたは肥厚性瘢痕の既往 |
| ☐ がん（現在または過去5年以内） | ☐ 免疫抑制中／免疫疾患 |
| ☐ 上記のいずれでもない | |

過去6～12ヶ月以内にイソトレチノイン（アキュテイン）を服用しましたか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

単純ヘルペス（口唇ヘルペス）の既往がありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

この部位に活動性のニキビ、感染症、または開放創がありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

過去4週間以内に日光浴、日焼けベッド、またはセルフタンナーを使用しましたか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

肝斑がある、または皮膚損傷後の色素変化の既往がありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

この部位に白斑症、乾癬、または湿疹がありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

この部位に放射線療法を受けたことがありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

現在使用している医薬品とサプリメント

アレルギー（医薬品、ラテックス、リドカイン、麻酔薬）

リスクと合併症

予想されるリスクと合併症：

- 赤み、腫れ、滲出液、痂皮形成 -

数日間（アブレーティブ）または1〜3日間（非アブレーティブ）；赤みは数週間続く可能性があります

- 治療中の痛みまたは焼灼感

- 感染症 - 細菌感染、ウイルス感染（口唇ヘルペスの再発）、真菌感染

- 黒皮症（過剰色素沈着） - 暗くなること、日焼けした肌や濃い肌色でより一般的、通常数ヶ月で消失

- 白皮症（色素減少） - 淡くなること、特に深いアブレーティブ治療では永続的な可能性あり

- 持続的な赤み、白毛嚢胞、またはニキビの悪化

- 瘢痕化 - 質感のある厚い瘢痕を含む（稀）

- 保護眼鏡なしの眼損傷

- 治療部位と未治療部位の境界線

厳格な日光回避と治療前4週間および治療後8週間のSPF

30以上の使用が必須です。アブレーティブリサーフェシングは5〜10日間のスキンケアルーチンと仕事の休暇が必要です。

治療プロセス、スキンケアと日光保護の指示に正確に従う必要があること、および治療に説明より長時間かかる可能性があることを理解しています。

ダウンタイムとスキンケアについて

理解しています： _____

特に最近の日光露出、イソトレチノイン、または色素沈着の既往がある場合、皮膚が一時的または永続的に明るくなったり暗くなったり、赤みが長期間続いたり、瘢痕化が起こる可能性があることを理解しています。

色素変化と瘢痕化の可能性を

理解しています： _____

写真使用許可

治療前後の写真を医療記録用に撮影してもよろしいですか？ *

☐ はい - 医療記録用のみ

☐ はい - 匿名でマーケティングに使用してもかまいません

☐ いいえ

サービスログ

オフィス使用のみ

	日付	部位	デバイス／エネルギー／密度	備考
記録 1				
記録 2				
記録 3				
記録 4				
記録 5				
記録 6				

同意と署名

レーザー皮膚リサーフェシング治療に自発的に同意します。利点、リスク、代替手段、および感染症、色素変化、瘢痕化を含む潜在的な合併症について説明を受けました。これは自由意志の美容処置であり、治療結果の保証はされていないことを理解しています。医療提供者と診療所は、過失がある場合を除き、この治療に関連する損害賠償請求から免除されることに同意します。

上記の情報を読んで理解し、知情同意を与えることを確認します。

上記の情報を読み、理解したことを確認します: _____

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。