

ほくろ、スキンタグ・皮膚病変除去同意書

高周波、レーザー、冷凍療法、または剃除による皮膚タグ、良性ほくろ、色素性病変の美容的除去に関する説明と同意、および病理検査確認

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	

病変の詳細

何を除去しますか？ *

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ スキンタグ | ☐ ほくろ（母斑） | ☐ 脂漏性角化症/老人斑 |
| ☐ チェリーアンジオーマ | ☐ 稗粒腫 | ☐ その他 |

病変の数 *	場所 *
--------	------

方法 *

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 高周波/電気焼灼 | ☐ レーザー | ☐ 冷凍療法（凍結） |
| ☐ 剃除 | ☐ はさみで切除 | |

病変は最近これらの方法で変化していますか？ *

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☐ サイズが大きくなった | ☐ 色が変わったまたは複数の色がある | ☐ 縁が不規則または不均等 |
| ☐ 出血、痒み、または痂皮がある | ☐ 30歳以降に新たに出現した | ☐ 変化なし |

皮膚科医または医師がこの病変を評価していますか？ *

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ はい | ☐ いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

医学履歴

妊娠中、妊娠を試みている、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、RA、MS等） | ☐ 出血性疾患または血液凝固阻止薬服用中 |
| ☐ 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） | ☐ 免疫低下/免疫疾患 |
| ☐ 上記なし | |

メラノーマまたは皮膚がんの個人的または家族歴がありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

ペースメーカーまたは植込み型電子デバイスを使用していますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

ケロイドまたは厚い瘢痕を形成しますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

過去6ヶ月以内にイソトレチノイン（アキュテイン）を使用していますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

血液凝固阻止薬を服用していますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

現在の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

潜在的なリスクと合併症：

- 瘢痕化 — すべての除去は跡を残し、平坦、隆起、周囲より明るい、または暗い場合があります
- 局所の色素沈着過剰または色素脱失 — 時に長期間続く場合があります
- 不完全な除去または再発 — 2回目の治療が必要な場合があります
- 出血、感染、または治癒遅延
- 施術中および施術後の疼痛または焼灼感
- 神経刺激 — 一時的な感覚鈍麻（まれ）
- 診断の見落とし — 病理検査なしの美容的除去は、病変が顕微鏡で検査されないことを意味します；疑わしいまたは変化する病変は医師が評価し、生検が必要な場合があります

指示に従って施術部位を覆い湿った状態に保ち、痂皮をむかないようにし、3ヶ月間日焼け防止を使用して色素沈着を減らしてください。

除去は常に何らかの跡を残すこと、それが周囲より明るい、暗い、または隆起する場合があること、および病変が戻る場合があり再治療が必要になることを理解しています。

瘢痕またはメラニン色素の変化が残ることを理解します: _____

美容的除去には特に手配しない限り顕微鏡的検査が含まれないこと、変化または疑わしい病変は最初に皮膚科医が評価すべきこと、および病変に関する質問に誠実に答えたことを理解しています。

この除去は美容的なものであり、特に手配しない限り病変は病理学的に検査されないことを理解します: _____

写真使用同意

治療の記録のためにビフォーアフター写真を撮影してもよろしいですか？ *

☐ はいー 医療記録のみ

☐ はいー マーケティング用に匿名で使用してもよい

☐ いいえ

施術ログ

オフィス使用のみ

	日付	病変/場所	方法/設定	メモ
記入 1				
記入 2				
記入 3				
記入 4				
記入 5				
記入 6				

同意と署名

上記に記載された病変の美容的除去に自発的に同意します。利益、リスク、代替案（医師の評価と生検を含む）、ならびに瘢痕化とメラニン色素変化を含む潜在的合併症について情報提供を受けました。これは選択的手順であり、成果の保証はないことを理解しています。過失の場合を除き、この治療に関連する責任から医療提供者および診療所を免除します。

上記の情報を読んで理解し、説明と同意を与えることを確認します。

上記の情報を読んで理解しました:

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。