

炭酸ガスレーザー 治療同意書

- 1) この治療は、炭酸ガスレーザーの照射により皮膚表面を蒸散させ、ホクロやイボなどの病変を除去することを目的とした治療です。
- 2) 局所麻酔をしてから施術を行うため、施術中の痛みはほとんどありません。
- 3) 施術を行った部位にテープ剤を貼付（あるいは軟膏を塗布）して処置は終了です。
- 4) アフターケアについては指示通りに行ってください。
- 5) 治療後に痛みや腫れなどを生じる場合がありますが、ほとんどは一時的なもので自然に治ります。
- 6) 治療から6ヶ月以上経過しても、治療部位の盛り上がりや陥凹、赤みや色素沈着が持続する場合があります。
- 7) 予期せぬ合併症が生じた際には定期的な診察、処置が必要になる場合があります。
- 8) 疾患によっては再発することがあります。再度治療を行う際は半額になります。あるいは、病理検査のために皮膚生検が必要になることもあります。
- 9) 記録のために適宜写真撮影をさせていただきます。
- 10) 治療結果は保証されるものではなく、理想とは異なる場合があります。

その他：

以上、説明を受け、理解したうえで施術を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏名：

保護者または代理人：

西馬込皮フ科