

# ボトックス注射を受けられる方へ 説明・同意書

ボトックスとは、ボツリヌス菌の出すボツリヌストキシン成分を精製した薬剤です。神経筋接合部における神経末内でのアセチルコリン放出抑制により、神経筋伝達を阻害させ、筋弛緩や発汗抑制をもたらします。当院ではアラガン・ジャパン社製のボトックスビスタを使用します。

## 治療の効果

1. 筋肉の働き抑制→シワ予防と減少。 ※ただし刻まれてしまったシワはとれない。
2. 発汗抑制→脇の汗じみの減少。 ※臭いはとれない。
3. 廃用性委縮を利用した痩身（小顔・美脚など）。

## 治療が受けられない方

下記の病気や症状がある方、下記薬剤の使用中的の方は治療を受けられない場合があります。

- 全身性の筋肉の病気（重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症など）
- |                                  |                                 |  |
|----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 緑内障     | <input type="checkbox"/> 喘息     | <input type="checkbox"/> 慢性的な呼吸器疾患         |
| <input type="checkbox"/> 開放創や感染創 | <input type="checkbox"/> 治療部位の癌 | <input type="checkbox"/> 本剤や類似製剤へのアレルギーの既往 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠・授乳中  | <input type="checkbox"/> 未成年    | 等  |

## 治療に注意が必要な方

下記の病気や症状がある方、下記薬剤を使用中的の方は医師の判断によって治療を受けられない場合があります。

- |                                    |                                     |                                       |                               |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ケロイド、癬痕体質 | <input type="checkbox"/> 全身状態不良     | <input type="checkbox"/> 糖尿病等の慢性疾患    |                               |
| <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂症     | <input type="checkbox"/> 抗凝固剤・抗血小板剤 | <input type="checkbox"/> 抗生物質         | <input type="checkbox"/> 筋弛緩剤 |
| <input type="checkbox"/> 精神安定剤     | <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬      | <input type="checkbox"/> レーザー治療を受けている | 等                             |

## その他の注意事項

- ・妊娠する可能性のある方はボトックスビスタ®の投与中、および最終投与後2回の月経を経るまでは避妊する必要があります。男性は少なくとも3ヵ月避妊してください。
- ・他の医療施設でボツリヌス毒素の投与を受けている場合には、治療対象疾患および投与日、投与量を必ず医師に申し出てください。

## 効果の持続時間

3～6ヶ月(投与量・個人差・部位による差があります)

## 注入後の注意事項

- ・帰宅後、注入部位周辺に痛みや赤みを生じ、悪化するようであれば、24時間以内にご連絡下さい。

## 合併症

- |                      |            |       |        |      |
|----------------------|------------|-------|--------|------|
| ・表情の変化（吊り上げ現象）       | ・残存筋肉の過剰反応 | ・内出血  | ・吐き気   |      |
| ・頭痛                  | ・頭重感       | ・開眼困難 | ・アレルギー | ・感染症 |
| ・抗体生産（投与回数を下げる必要がある） |            |       |        |      |

年 月 日 説明医師 印

私は、上記内容の説明を医師から受け、施術が行われることに同意します。

なお、この施術中に、緊急処置が必要となった場合には、その処置を受けることについても同意します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

親族または代理者氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）