

ヒアルロン酸注入を受けられる方へ 説明・同意書

ヒアルロン酸製剤を注入し、しわや凹みなどを改善します。ヒアルロン酸は人間の体の中に元々あるムコ多糖類という成分で、水分を保持する役割を持っています。当院ではアラガン・ジャパン社のジュビダームビスタシリーズ（ポリューマ ポリスト ボルベラ）を目的や部位により使い分けて使用します。

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。

- ヒアルロン酸注入を過去に受けたことがある 他の充填剤の注入を受けたことがある
 開放創や感染創 刺青の部位 治療部位の癌 アナフィラキシーの既往
 ヒアルロン酸製剤へのアレルギー 妊娠中 授乳中 未成年
 連鎖球菌性疾患 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。

- てんかん発作 ケロイド、癬痕体質 免疫抑制剤 ステロイド製剤
 全身状態不良 糖尿病等の慢性疾患 抗凝固剤・抗血小板剤
 抗不整脈薬 レーザー治療を受けている 等

効果の持続時間

1 2 ～ 2 4 ヶ月（製剤・個人差・部位による差があります）

注入後の注意事項

- ・処置後一過性に膨らむ可能性があります。
- ・注入後2週間は強いマッサージは控えてください（皮下を移動して形が変わる可能性があります）。
- ・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

- ・内出血
- ・色が僅かに透けて見える
- ・アレルギー反応
- ・血管閉塞（非常に稀ですが血管内に薬剤入ることにより失明・脳卒中等を起こすことがあります）
- ・修正不足、位置のずれ、左右差の出現

溶解剤について

上記理由により合併症が生じたり、変化した外見への不満足があったりする場合は、溶解剤を使用する事ができます。

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 _____）