

GentleMax Pro Plus レーザーで

皮膚色素病変に対する治療を受ける方へ説明・同意書

当院で使用する米国キャンデラ社製 GentleMax Pro Plus (ジエントルマックス プロ プラス) は、厚生労働省の医療機器承認を取得したロングパルスアレキサンドライトレーザー・ネオジウムヤグレーザーです(販売名:長期減毛・色素性疾患用レーザー装置 GentleMax Pro Plus 承認番号:30200BZX00304000)。アレキサンドライトレーザーは、毛根のメラニン色素にレーザー光線を吸収させて、その熱で毛根周囲の組織にダメージを与え長期間における減毛(脱毛)を行うことができます。またロングパルス(パルス幅 μ msec)での照射は、選択的な熱変性により過剰なメラニン色素を穏やかに除去していきます。老人性色素斑・雀卵斑・脂漏性角化症等、表在性色素斑の治療に適しており、本体内蔵の表皮冷却装置(DCD:ダイナミッククーリングデバイス)により、表皮の保護と疼痛緩和ができ、表皮組織損傷を最小限に抑えたダウンタイムのほとんどない治療が可能です。色素斑のタイプや個人差によって効果の差も大きく、2~3回の治療で色素斑の色が薄くなり目立たなくなるといった効果が出やすいです。肝斑や真皮性のメラニン色素には効果がないため、別の治療方法が必要になります。ダウンタイムがほとんどないマイルドな治療のためレーザー照射後の副作用(炎症反応や色素沈着)を軽度抑えることが可能と考えられています。

下記の注意点や予想される合併症・注意事項についてご確認の上で、治療を受ける事に同意していただける場合は、下記に署名をお願い致します。

治療が受けられない方・禁忌

- ・755nm 波長域の光に過敏な方、又は光線過敏症のある方
- ・ケロイド、瘢痕体質の方・糖尿病などの内分泌疾患に罹患しており、創傷治癒に障害がある方
- ・免疫抑制を引き起こす疾患、免疫抑制剤使用中
- ・出血性疾患に罹患、抗凝固薬を内服中
- ・発熱している・全身状態が芳しくない
- ・光過敏性発作・光線過敏症に関連した疾患に罹患・既往
- ・光過敏症を誘発する薬剤・外用薬・サプリメントを使用中
- ・妊娠中、またその可能性がある
 - ※妊娠・授乳中の方は安全性が確立されていません。医師にご相談ください。

治療を行えない部位

- ・感染性の皮膚疾患又は、切開創・開放創・炎症・化膿がある
- ・悪性腫瘍直上・単純ヘルペス1型、2型の活動病変上
- ・1カ月以内の強い日焼け部位

麻酔について

- ・必要時表面麻酔を行います。
- ・痛みに弱い方は医師に相談してください。

治療前注意事項

- 日焼けをした状態では熱傷を生じるリスクが高くなるため、照射をすることができません。日焼けをしないようSPF30以上の日焼け止めの使用等、日焼けを予防してください。
 - ※日焼けしてしまった場合には、日焼けが落ち着いてからの照射となります。
- 照射部位に日焼け止めや化粧品(クリーム、化粧水含む)が残っていると、レーザーが成分に反応して熱傷を起こす可能性があります。照射前には必ず落としてください。
- サンオイルを使用している場合は、1~2週間前より使用を控えてください。
- 時計・アクセサリ等の貴金属類は事前に外して頂きます。

治療中注意事項

- レーザー光から目を保護する為にゴーグルを着用します。照射中は外さないでください。
目を閉じた状態でも眩しく感じることもあります。眼に影響はありません。
- 通常と違う痛みを感じる、ヒリヒリするなど違和感がある場合はお知らせください。

治療後注意事項

- 照射部位が腫れや赤みが残ることがありますが、一過性の症状であり1週間程度で軽快します。
1週間以上経過しても軽快しない場合は早めにご連絡ください。
- 照射直後は疼痛が強いため、アイスパック等でクーリングを行います。
- 必要時ガーゼ/ドレッシング剤保護+軟膏処置を行います。※治療当日は浸出液が出る事が多い為
- 治療部位は搔かないでください。皮膚を傷つけることで色素沈着になる可能性があります。
- 当日は入浴をせず、シャワー浴のみとしてください。
- 赤み・腫れ・痒みが強い場合は来院してください。
- 治療期間中の日焼けは避けて下さい。日焼け予防対策を日常的に行ってください。
- 照射後は医師の指示に従い、ホームケアを行ってください。

合併症について

【色素沈着】

擦れやすい・日焼けしやすい箇所は色素沈着のリスクが高くなります。

【色素脱失】

色調が濃い場合は熱損傷や頻回の治療を行う事により発生します。

【瘢痕】

体質や、出力・短期間の照射間隔にてリスクが増大します。

【その他合併症】

痂皮形成、水泡形成、紫斑、紅斑、浮腫、搔痒感、炎症等

以上

みはらクリニック院長 三原聡殿

私は、上記の内容を理解し、レーザー治療を受けることに同意致します。

_____年 _____月 _____日

氏名 _____