

## ロングパルス Nd:YAG レーザー (Genesis) 治療を受けられる患者様へ

ジェネシスによる治療内容は、ロングパルス Nd: YAG レーザーを使用し、微小血管を狙うことができるとともに表皮上部の全般的加熱が可能であり、**1:肌質の改善 2:毛穴開大の軽減 3:赤みの軽減 4:毛細血管拡張症治療 5:表面の引締め効果 6:傷跡** 等の改善が可能なノン-アブレイティブ(低侵襲)治療です。患者様の皮膚の状態により異なりますが、2~3週間ごとに約4~5回が必要な施術です。ロングパルス Nd: YAG 1064nm レーザー(ジェネシス)の操作自体は容易で、照射量や回数をあらかじめ設定します。事前にテスト照射を行ないますので、副作用及び危険性はまずないと考えますが、ごくまれに発赤や軽い火傷を引き起こす場合があります。

下記の禁忌事項に該当する患者様はこの治療を受けることが出来ない、又は注意が必要です

### ◆ 禁忌事項 ◆

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中の方                                   | <input type="checkbox"/> 糖尿病／アルコール中毒の方                        |
|  | <input type="checkbox"/> 抗凝固剤の使用                              |
| <input type="checkbox"/> 現在、他の診療科に通院されている方、<br>過去に照射部位に手術経験がある方  | <input type="checkbox"/> ゴールドセラピーを受けられた方                      |
| <input type="checkbox"/> 原因不明の皮膚病変がある場合                          | <input type="checkbox"/> 皮膚に病変がある方<br>(ヘルペス、切り傷、炎症、その他の術後 等々) |
| <input type="checkbox"/> 刺青の上の施術を希望される方<br>(刺青が薄くなる又は火傷の可能性のある ) | <input type="checkbox"/> てんかん発作の既往がある方                        |
| <input type="checkbox"/> ケロイドになりやすい方                             | <input type="checkbox"/> 光線過敏症の方                              |
| <input type="checkbox"/> 日焼け直後の方、又は日焼けのご予定がある方                   | <input type="checkbox"/> 光感受性を高める薬を内服/外用している方                 |

\* この治療に関してご不明な点は、担当医とご相談下さい。

### <同意書>

私は今回の治療に関して、その方法、効果、副作用などを理解しました。その上で、この治療方法を受けることに私は同意いたします。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

保護者 (光治療を受ける方が未成年者である場合)

住所 \_\_\_\_\_

(保護者氏名) \_\_\_\_\_ 印

# 受診票

## Genesis 治療に関して

日付： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_

治療箇所： \_\_\_\_\_

フィッツパトリックスキンタイプ： I II III IV V VI

過去の病歴： \_\_\_\_\_

妊娠はしていますか？： はい/いいえ

現在服用しているお薬： \_\_\_\_\_

アレルギーはありますか？： \_\_\_\_\_

### 履歴：

	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>	<u>日付け</u>
最近日焼けをした			
前回のレーザー治療			
現在使用中の薬 ( )			
ゴールドセラピー			
凝固障害			
抗凝固剤の服用			
ヘルペス			
タトゥー/アートメイク			
ペースメーカー/心臓除細動器			
インプラント/治療箇所の手術			
光線過敏症			
光感受性物質の服用			

その他現在服用中の薬等御座いましたら記載してください

【 \_\_\_\_\_ 】