

Nd:YAG レーザーによる 爪白癬治療 の同意書

この治療は、Nd:YAG レーザーを用いて爪白癬の改善を図るものです。従来、爪白癬の治療は抗真菌薬による内服療法や外用療法と病巣除去療法が広く行われております。Nd:YAG レーザーによる治療は、抗真菌薬等で十分な治療効果が感じられなかった方やレーザーによる治療を直ぐ始めたい方、又は抗真菌薬の内服による療法を受けられない方等が特に対象となります。本治療は、爪白癬が存在する日本人の皮膚や爪に対して、抗真菌薬の内服療法による治療と比較しても安全で有効であるとされております。今回の治療の目的と概略は以下のとおりです。本治療の対象は、以下の内容を良くお読みになり、本治療の趣旨や条件などにご納得された方に限ります。

1. 目的

本治療は、爪白癬が存在する爪と爪周囲の皮膚に対して Nd:YAG レーザーを照射し、病変部の治療を行う事を目的としております。

2. 治療内容など

1) この治療は爪白癬の存在する治療部位に対してレーザーを照射し、レーザーの熱エネルギーで病状の改善を期待する治療です。しかし、1 回のみでの治療では必ずしもその治療効果は保証されたものではなく、複数回の治療や又は外用剤と除去療法による併用治療を必要とする場合もございます。

2) 本治療での適用は爪白癬です。その他の原因で爪が異常な状態になっている場合は効果を望めない場合があります。

3) 治療回数、通院回数と所要時間

基本治療は1ヶ月に1回のレーザー照射（所要時間の目安：10~20分）とし、1ヶ月に1度ご来院の上で経過観察（所要時間の目安：15分程度）を行います。1回の治療で病状の改善が見られない場合には初回治療を含めた計4回、1ヶ月ごとにレーザー照射を行います。4回照射後、1ヶ月ごとに経過観察を行います。各来院時に治療部位の状態を確認するためにデジタルカメラによる撮影を行います。レーザー治療後の経過観察の期間は爪の成長を確認するため必要になります。

4) かなり長期間、爪白癬を患っている症例や重症例で、爪自身の成長力がない爪では、爪の白癬菌自体が死滅しても、健全な爪が伸びてこれない為に、肉眼的には、変化が見られない場合があります。

この場合は、爪白癬の組織を採取して、白癬菌の状況をチェックします。

5) 術後の処置について

医師の指示に従い、外用剤を使用してください。

6) 副作用に関して

全ての治療には副作用の危険性があることをご理解下さい。治療後、照射部位にひりひりとした熱感や疼痛を生じることがありますが、通常は冷却により軽快します。まれに過度に反応してやけどを起こす事、又は治療部位に水疱が生じる事があります。その場合は当方で適切な処置を行います。また、治療後の副作用として、一時的な炎症後色素沈着などが見られることがあります。これらの症状は通常数ヶ月で改善します。

7) 日常生活上の注意点

治療後は深爪などせず、適正な長さに爪を切り、入浴時等に隅々まで洗浄するよう足を綺麗に保つ生活を心掛けてください。また、上記副作用が発生した場合には当院まで御連絡ください。

3. 条件

1. 下記の場合には治療することができませんのでご注意ください。

1. 対象部位に強い日焼けをしている、又は日焼けをする予定のある方
2. 極端に肌が弱く頻繁に肌荒れをする方
3. 対象部位に別の皮膚疾患がある方
4. ケロイド体質の方
5. 妊娠中、又はその予定がある方
6. 治療部位に刺青、又はインプラントを入れている方
8. 全身状態： 膠原病などの自己免疫疾患の既往がある方、重症の糖尿病や高血圧のある方、心疾患のある方（その他異常のある場合は診察後治療の可否を決定します）

2. 治療期間中は本治療に関係する皮膚科的治療を受けないこと

3. 治療期間中は、かぶれなどのトラブルが生じて評価に不都合が生じることがないように、慣れないクリームなどの使用を避けることができる方

4. 各回治療前後に行う経過観察時アンケート調査、写真撮影に協力できる方

5. 個人情報

住所や年齢、既往歴、写真、治療に際するデータなどは外部に漏れることがないように管理します。

[予約について]

当日遅刻をしないで下さい。遅刻されますと治療出来ない場合がございます。

また当日の予約キャンセル(ドタキャン)はペナルティー料として5,000円頂きます。尚 予約カードは、必ずお持ち下さい。予約カードを紛失された場合再発行として手数料 1,000円を頂きます。電話・メール等で予約を変更された場合は必ず予約カードの訂正もしてください。

Nd:YAG レーザー爪白癬治療 同意書

私は Nd:YAG レーザー治療に関し、治療内容、治療上の注意、治療の結果、起こり得る状態、治療に際するデータ及び臨床写真の取り扱い等について担当医より説明を受け、内容を理解し、了解いたしましたので、Nd:YAG レーザー治療を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

ふりがな

お名前

年齢

ご住所 〒

連絡先（携帯電話・自宅）