

# ボトックス注射を受けられる方へ 説明・同意書

私は患者 \_\_\_\_\_ 殿に対して、下記手術の必要性、危険性、及び合併症などについて説明しました。

## 1. 施術内容：

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終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。これにより、シワ予防と減少、脇の汗じみの減少、廃用性委縮を利用した痩身（小顔・美脚など）などの治療を行います。

## 2. 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）

緑内障                       喘息     慢性的な呼吸器疾患                       開放創や感染創

治療部位の癌     本剤や類似製剤へのアレルギーの既往                       妊娠・授乳中

未成年                       ケロイド、癬痕体質                       全身状態不良     糖尿病等の慢性疾患

眼瞼下垂症                       抗凝固剤・抗血小板剤                       抗生物質                       筋弛緩剤

精神安定剤                       抗不整脈薬                       レーザー治療を受けている 等

※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カ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。

## 3. 術後経過：

効果は3-6ヶ月持続します。

## 4. 合併症（副作用）について

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
抗体生産（投与回数を下げる必要がある）			感染症

## 5. その他：この同意書の内容や医師の説明に分からないことや、気になることがありましたら、お聞き下さい。

説明医師 津田達也 印

私は、上記内容の説明を医師から受け、麻酔・手術・検査が行われることに同意します。

なお、この手術・検査実施中に、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  
親族または代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）