

エレクトロポレーションの治療を受けられる方へ 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：

エレクトロポレーションとは、皮膚表面に電圧（電気パルス）をかけることにより、微細な穴を作り、その穴から薬剤を導入する方法です。通常では導入されにくいヒアルロン酸などを効率よくお肌の深部まで導入させることができます。

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。

- 妊婦・授乳中 治療部位に感染 神経系疾患、心臓疾患
- 治療部位の単純ヘルペス I 型、II 型の活動病変 免疫不全症や免疫抑制剤使用
- 治療部位の皮膚癌 治療部位に血管系疾患、刺青、アートメイク 治療部位に化学物質使用
- ペースメーカー、金属製プレートをご使用されている方

3. 術後経過：

治療直後に一時的に肌が赤くなる場合がありますが、一時的なもので時間の経過とともに治まります。
施術後は日焼け止めを使用し、日焼けをしないよう注意してください。

4. 合併症（副作用）について

痛みは殆どありませんが、部位によっては違和感がある場合があります。

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。

年 月 日 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
親族または代理者氏名 _____ 印（続柄 _____）