

初診診療録 (Laser Re:Nail)

2016-8

年 月 日

No. -

フリガナ		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女	才	昭和 平成 年 月 日	
現住所	〒 -	携帯		携帯番号は必ずご記入ください - -	
		自宅電話		- -	
E-mail	@	勤務先			

①あなたの治療したい爪は、どこですか？ 下図にしるしをつけてください。



②他の病院・クリニック等で治療されたことがありますか？ (ない ある)

※ある方はご記入ください。わからない方は記入不要です。

病院名 () 治療方法 () 時期 ()

③今までに下記の病気をされた事がありますか？ ✓又は○をつけてください。

高血圧症 心臓疾患 高脂血症 糖尿病 胃、腸の病気 肝臓病 気管の病気 肺の病気
 甲状腺疾患 脳の病気 アトピー性皮膚炎 肝炎 HIV ジンマシン
 光線過敏症 (紫外線・太陽光線) 血液疾患 (貧血・白血病・紫斑病・その他)
 アレルギー性疾患 (気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・食物アレルギー)
 その他 () ない

④現在服用している薬はありますか？ (ない ある)

※ある方は、薬剤名がわかれば記入してください。お薬手帳をお持ちの方は、記入不要です。

()

⑤薬のアレルギーはありますか？ (ない ある) ※薬剤名がわかれば記入してください。

()

⑥現在病気で通院していますか？ (ない ある) ※通院理由をお書きください。

()

⑦女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか？ (ない ある)

⑧当院をどちらでお知りになりましたか？

紹介・雑誌・新聞等の記事・ビル案内・インターネット・その他 ()

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療法を受けられない方が対象となります。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理解頂いた方に限ります。

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) 本治療は、爪白癬が存在する爪と爪周囲の皮膚に対してレーザーを照射し、レーザー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、外用剤と病巣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4~6週毎に1回レーザー照射（所要時間の目安：10~20分）を行います。初回治療を含めた計4~6回照射を行います。毎回、来院時に治療部位の経過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。

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

5) 治療後について

併用療法をされる方は、医師の指示に従ってください。

※爪外用薬は、1日1回入浴後（寝る前）に爪のみに塗布してください。

※クリームタイプは、1日2回患部の水気を拭き取ってから、適量擦り込んで下さい。

※内服治療を併用の方は、医師の指示に従って服用して下さい。

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。治療中、熱感や疼痛を感じる事がありますが、通常は我慢できる程度です。稀に過度に反応してやけどを起し、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等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

治療後は深爪などをせず、適正な長さに爪を切り、入浴時に隅々まで洗い、足を綺麗に保つ生活を心掛けてください。また、日常生活において制限は何もありません。ご家族や同居されている方への感染を予防する為には、バスマット・スリッパ・靴下等をご本人専用にご使用することをお勧めしております。

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. 対象部位の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、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。遅刻されますと予約上、治療が出来ない場合がございます。

また当日キャンセルはキャンセル料として 5,000 円頂きます。尚、診察券は、必ずお持ち下さい。予診券を紛失された場合再発行手数料 1,000 円を頂きます。電話で予約を変更された場合は必ず診察券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。

年 月 日

ふりがな

お名前

年齢

ご住所 〒

連絡先（携帯電話・自宅）

同意書

東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル1階

パレスクリニック院長 殿

私は、貴院が加入する美容医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対して、保険事故および保険金支払いの有無を判断するための材料として診療記録・検査記録等を提供すること、及びそれに基づく傷病内容についての調査・確認に応じることに同意いたします。

患者住所

電話番号 () -

患者氏名

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

(同意者)

年 月 日

ご本人 (同意者が未成年の場合 下記ご記入ください)

患者との続柄 配偶者・親権者・法定相続人・その他 ()

住所

電話番号 () -

氏名