

VAGINAL（膣）HIFU（高密度焦点式超音波）施術前の確認及び承諾書

HIFU は 2004 年にアメリカで開発され、現在までの症例で照射した時の各組織への影響にいて、以下の結果が得られました。

- ・ 皮膚や粘膜： 照射後に一過性の紅斑が生じる程度、皮膚の陥凹や肥厚性瘢痕等の報告はなし。
- ・ 神経： 神経周辺を施術、刺激した場合、しびれ等の違和感が一時的に生じる場合があるが、永続的な神経障害の報告はない。
- ・ 骨や脳： 皮膚が薄い部位に対しては、焦点の浅いトランスデューサーを用いて、表層にのみ反応させるため、影響ある報告はなし。

人によっては治療後に皮膚が赤みを帯びたり、腫れ感が現れることがあります。ほとんどの場合数日でおさまります。

ただし、違和感が続くときや症状に不安がある場合は、早めにご相談頂き、当院へご受診ください。

女性助産師の診察を介し、医師の指示のもと適切に対処致します。

※ 以下の項目ではいに該当する方は、HIFU の治療は受けられません。

ご確認頂き、□はい ・ □いいえ をどちらか☑してください。

- ・ 過去 1 年以内に婦人科検診を受け、異常を指摘されている □ はい ・ □ いいえ

※婦人科検診を受けていない方は、ご受診後異常がないことをご確認の上で上記のいいえに☑をお願いします。

その後、ご予約が可能になります。

- ・ 心臓ペースメーカーや体内埋込式徐細動器など体内に金属類を埋め込んでいる □ はい ・ □ いいえ
- ・ 金の糸（金属糸含）によるリフト（歯のインプラント、金歯などは大丈夫です） □ はい ・ □ いいえ
- ・ 妊娠中または妊娠している可能性のある □ はい ・ □ いいえ
- ・ 重度の心臓疾患を有する □ はい ・ □ いいえ
- ・ ケロイド体質を有する □ はい ・ □ いいえ
- ・ 患部に感染性の皮膚疾患のある部位、大きな瘢痕組織のある部位、開放性傷がある □ はい ・ □ いいえ
- ・ 抗凝血薬療法、副腎皮質ステロイド（プレドニン換算 20mg/日以上）を常用されている □ はい ・ □ いいえ
- ・ 施術部位に金属プレート、プロテーゼ、シリコンなどを使用している □ はい ・ □ いいえ

※直上には照射できません。

- ・ 施術部位にコラーゲン、ヒアルロン酸、ボトックス等注射を行ってから 1 ヶ月以内 □ はい ・ □ いいえ

※HIFU 照射可能ですが、注入部位はしこりができる可能性と、注入治療の持続性が短くなる可能性があります。

- ・ 非常に強い敏感肌である。 □ はい ・ □ いいえ

※自覚がなくても肌質によって、照射後赤み、ミミズ腫れや内出血が出る可能性、また赤みが長引く可能性があります。

- ・ 痛みに弱い □ はい ・ □ いいえ

※痛みに弱い方には出力を下げた照射可能ですが、効果が弱まります。

- ・ 施術当日生理中である。（当日☑） □ はい ・ □ いいえ

施術をお受けなった方は、下記施術後の注意事項をお守り頂けるを施術条件といたします。

- ・ 施術後当日はサウナやお風呂を避け、シャワーのみにしてください。血流をよくすると赤みが出やすくなる為）翌日から通常の入浴は可能です。
- ・ タバコ、アルコール類は 3 日間我慢します。（細胞や傷の修復に悪影響がある為）
- ・ 激しい運動は、1 週間は避けてください。
- ・ 性行為は、3 日間は避けてください。（1 週間後以降が望ましいです。）
- ・ 効果は、直後から 1 週間後には現れますが、持続期間は 3 か月～1 年といずれも個人差があります。

追加施術は 3 か月後以降でお受けできます。膣圧測定のみも可能（有料 ￥2200）ですので、あらかじめご連絡ください。

私は _____ 上記各項を申告せず、または条件を守らず、何らかのトラブルが発生した場合は、

医療法人社団順彩会に責任を問いません。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

署名 _____ ⑩

千葉県八千代市緑が丘 2-2-11

医療法人社団順彩会

おちあい皮膚科クリニック 美容皮膚科部門