

# 初診診療録

マイクロ フラクショナル レーザー (モザイク) 2011-9 月

20 年 月 日

|   |
|---|
| - |
|---|

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

①あなたの治療したい症状はどれですか。2つ以上ある方は治療優先順位を付けて下さい。

- ( ) 顔全体の皮膚再生(蘇生) アンチエイジング、美肌化、(首、上下肢、体幹等)
- ( ) くすみ クマ たるみ シワ キメの改善、ハリ、リフトアップ
- ( ) ニキビ痕の改善、活動型ニキビ(炎症性ニキビ)
- ( ) 毛穴の開大の改善(毛孔開大) 毛穴の黒ずみ
- ( ) 赤ら顔、毛細血管拡張症、赤鼻、酒さ
- ( ) 妊娠線、線状萎縮、皮下の肉割れ
- ( ) ケロイド、瘢痕(手術痕、外傷性瘢痕、火傷瘢痕、虫刺症等)
- ( ) その他( )

②他の病院、クリニック、エステで治療されたことがありますか？(ない ある)

※ある方はご記入下さい。わからない方は記入不要です。

- 病院名 ( )  
 エステ名 ( )  
 肌疾患の種類( )  
 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？ ○をつけて下さい。

- 1 アトピー性皮膚炎 2 光線過敏症(紫外線、太陽光線) 3 肝炎
- 4 血液疾患(貧血、白血病 紫斑病 その他 ) 5 ジンマシン
- 6 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 ) 7 HIV 8 膠原病
- 9 その他の既往歴
  - ・ 高血圧症 ・心臓疾患 ・高脂血症 ・糖尿病 ・胃、腸の病気 ・肝臓病
  - 胃腸病 ・気管の病気 ・肺の病気 ・甲状腺疾患 ・脳の病気 ・その他( )
- 10 肌が弱い体質である ①カミソリ負けし易い ②虫刺され等が治りにくい
- ③皮膚刺激(強く引っかく等)で皮膚の反応が強くなる ④軟膏でかぶれた事がある

④現在服用している薬はありますか？（ない ある）

※ ある方は、名前がわかれば記入して下さい。

お薬手帳をお持ちの方見せて下さい。そ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）※名前がわかればご記入下さい。

( )

⑥現在病気で通院していますか？（いいえ・はい）

( )

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最近日焼けをしましたか？（いいえ・はい）（1ヶ月以内 3ヶ月以内 6ヶ月以内 1年以内）

⑨当院をどちらでお知りになりましたか？

紹介・雑誌等の記事・ビル案内・インターネット・その他( )

⑩スキンタイプ 以下のどのタイプですか？

( ) I型:白人

( ) II型:日焼けをすると赤くなるめったに黒くならない

( ) III型:日焼けをすると時々赤くなる時々黒くなる

( ) IV型:日焼をしてもめったに赤くならない だいたい黒くなる

( ) V型:日焼をしても赤くならない 絶対黒くなる

( ) VI型:黒人

⑪以下の事項がある方は○を付けて下さい。

1 日焼けした皮膚、色素沈着の強い皮膚（ない ある）

2 皮膚炎(ケロイド、活動型にきび、アトピー症状の強い皮膚炎、ヘルペス感染症、創傷のある方、  
(ない ある)(部位: )

3 治療部位にホクロ、刺青、アートメイク等は？（ない ある)(部位: )

4 以下の薬の使用歴はありますか。 副作用(○をつけて下さい)

使用歴のある方は○、現在使用している方は◎でご記入下さい。 ↓

ハイドロキノン (ない・ある) (ない・ある)

トレチノイン (ない・ある) (ない・ある)

レチノール (ない・ある) (ない・ある)

ビタミンC (ない・ある) (ない・ある)

ディフェリンゲル (ない・ある) (ない・ある)

副作用のありました方は、具体的に記入をお願い致します。

( )

## ⑫ 治療での注意事項

1 妊娠中は禁忌です。お申し出下さい。

2 皮膚がんの方は禁忌です。

3 治療中に注意する薬剤には、以下の薬剤があります。

- A ニキビ治療薬デュフェリンゲルを使用している方は、治療部位が強く反応する事があります。(発赤・腫張・火傷・皮膚の落屑等)
- B アキュテイン(イソトレチノイン内服薬)の使用  
(過去6ヶ月間使用している方は治療不可)
- C アスピリン、イブプロフェイン、ハーブ類(セントジョンズワート)抗凝固剤  
上記薬剤を服用していると照射後、紫斑や青あざ発生の危険性が高まります。
- D 日光過敏症を誘発する薬剤(テトラサイクリン系、ニューキノロン系)を服用している場合は、テスト照射の臨床反応にあわせて、患者のトリートメントパラメーターを調節する必要がありますので上記薬剤内服の方は申し出て下さい。
- E 免疫抑制剤を使用していますか？あるいは、使用経験がありますか？

ない ある

F 塗布用の麻酔薬(リドカイン等)に対して、アレルギーはありますか？

ない ある

4 治療後(美容皮膚科、美容外科、皮膚科)に治療部位が増悪した事がありますか？

副作用が発症したことがありますか？

ない ある

5 最近日焼けをしましたか？ ない ある( 日前)

6 喫煙はどうか？ ない あり(1日 本)

7 飲酒の習慣はありますか？ ない ある(1日 ml)

8 治療部位に美容形成手術や、歯科手術でインプラントやプロテーゼが入っている方は申し出て下さい。

9 治療前に化粧、日焼け止めクリームはすべて除去して下さい。

10 マイクロ フラクショナルレーザー(モザイク)は治療後のダウンタイムがあります。

(フラクショナルレーザー機器の中では、最小限のダウンタイムです。治療後のメイクも可能です。)

11 治療後の注意事項

①施術直後はほてり感を感じる場合がありますが、約1~2時間後にはなくなります。

治療後に出る赤みは1日~3日程度継続する場合もあり、顔が少しむくむ場合もあります。

より早めに赤みとむくみを抑えるために、毎晩洗顔後、冷やした水分パックなどのクーリングを行うことをお勧めします。

②施術後1週間くらいは、治療前に比べ肌トーンが少し暗く変色し、角質が薄くはがれていく現象が現れますが、これは正常的な皮膚の再生過程ですので、心配しないでください。角質が眼で確認できても、強制的に除去せず、自然のままにはがれていくようにしてください。

③施術直後に化粧や洗顔をすることは可能ですが、洗顔途中、強い刺激を与えたり、角質除去剤やスクラブの使用、アルコールのような刺激成分の入った化粧品の使用は控えてください。

保湿性の高い化粧品のご使用をお勧めします。皮膚の赤みをカバーするための厚めの化粧も可能です。

- ①施術後、施術部位に赤みが出ている間には、激しい運動、飲酒、サウナ、入浴(シャワーは良いです。)等は避けて下さい
- ②施術後、紫外線対策を怠ると色素沈着の危険性が高まるので、曇った日や室内でも日焼け止め(SPF30以上)を使うことを習慣化(最低1ヶ月)し、外出及び、長時間外に出る場合には帽子や日傘を使って厚めの化粧をお勧めします。 施術後1週間は、日焼けを避けて、十分な保湿を心がけて下さい。紫外線の影響を大変受けやすくなっている為、色素沈着が起こりやすいです。
- ③施術後48時間までは機能性化粧品の使用を控え、美白専用の化粧品(レチノール、AHA含有)を使う場合や、薬などを服用している場合、投薬の予定がある方は、事前に担当の先生にお知らせください。
- ④治療スケジュールは、治療の目的及び回復速度によって若干異なる場合はございますが、一般的に4週の間隔で3~6回の治療をお勧めします。

その他、ご希望、ご質問がありましたらお書き下さい。

[ ]

私は、医師よりの説明を理解し上記の内容について確認しましたので、  
マイクロ フラクショナル レーザー (モザイク) 治療を受けることに同意いたします。

年 月 日

住所

(自筆サイン) \_\_\_\_\_