

※以下、全ての項目について法定代理人（親権者）様ご本人がご記入お願いいたします。

親権者同意書

エルプラスクリニック 沖縄那覇院 御中

■契約申込者

申込者氏名				
生年月日	西暦	年 月 日生	年齢	歳

私は上記申込者の法定代理人（親権者）として、別紙「ボツリヌストキシン注入治療に関する同意書」の内容を全て確認し、申込者が貴院においてボツリヌストキシン注入施術の契約締結と施術を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

■法定代理人（親権者）

代理人氏名	印	続柄		
生年月日	西暦	年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 -			
電話番号				

※法定代理人ご本人様が署名・捺印してください。

※確認のためご連絡させて頂く場合がございます。

※ご記入頂いた個人情報はご契約の同意確認にのみ使用させて頂きます。他の目的では使用いたしません。

■医療ローンについて

申込者は貴院との診療契約にあたり、治療代金の支払いを貴院と提携契約している医療ローンを
(利用します ・ 利用しません)

私（上記法定代理人）は、申込者と貴院との診療契約にあたり、申込者が貴院と提携契約している医療ローンを申込み及び契約することに (同意します ・ 同意しません)

ボツリヌストキシン注入治療に関する同意書

ボツリヌストキシン注入治療をお受けになるにあたり、以下の内容を十分にご理解いただいた上で、治療に同意されるか否かをご判断ください。

1. 治療内容と使用薬剤について

本治療では、A型ボツリヌストキシンを主成分とする製剤を使用します。これは、ボツリヌス菌が産生する天然のタンパク質であり、ボツリヌス菌そのものを注射するものではありません。したがって、ボツリヌス菌に感染する危険性はありません。

この薬剤は、過剰な汗の分泌を抑える効果が期待できます。具体的には、汗腺への神経伝達を一時的に遮断することで、発汗を抑制します。

2. 効果と持続期間

効果は通常、施術後2～3週間で現れ始め、4～9か月間程度持続します。効果の現れ方や持続期間には個人差があります。時間の経過とともに薬剤の効果は徐々に薄れ、神経の働きが回復するため、元の状態に戻ります。効果を維持するためには、再投与が必要となります。

なお、本薬剤はタンパク質が主成分であるため、繰り返し治療を行うことで、体内に抗体が産生され、効果が減弱する可能性があります。

3. 副作用について

一般的に、以下のような副作用が報告されています。

注射部位の症状：内出血、腫れ、痛み、赤み、かゆみなど。

全身性の症状：発汗部位以外の発汗の増加、四肢の痛みなど。

重篤な副作用：まれではありますが、アレルギー反応（発疹、かゆみ、じんましん）、呼吸困難、息苦しさ、声のかすれ、ショック症状、意識障害などの重篤な副作用が報告されています。これらの症状が現れた場合は、直ちに医師にご連絡ください。

また、脱力感、筋力低下、めまい、視力低下などの副作用が現れる可能性があるため、自動車の運転や危険を伴う機械の操作などには十分ご注意ください。

4. 治療を受けることができない方（禁忌事項）

以下のいずれかに該当する方は、本治療をお受けいただけません。

・全身性の筋肉の脱力に関する疾患をお持ちの方：重症筋無力症、ランバート・イートン症候群、筋萎縮性側索硬化症（ALS）など。

・妊娠中または授乳中の方：胎児および乳児に対する安全性が確立されていないため。

・妊娠を希望されている方：

女性：投与中および最終投与後2回の月経を経るまで、適切な避妊を行ってください。

男性：投与中および最終投与後少なくとも3か月間、バリア法（コンドーム）による避妊を行ってください。

5. 治療前の申告事項

以下のいずれかに該当される方は、安全な治療のために必ず事前に医師に申告してください。申告を怠った場合、予期せぬ健康被害が生じる可能性があります。

・過去にボツリヌストキシン製剤を使用してアレルギー（発疹など）を経験したことがある、またはアレルギー体質の方。

・現在、服用中または使用中の薬剤がある方（市販薬を含む）。

※特に以下の薬剤を服用中の方は、医師の指示に従ってください。

アミノグリコシド系の抗生物質

パーキンソン病治療薬

筋弛緩薬、精神安定剤

他のボツリヌストキシン製剤

喘息などの慢性的な呼吸器疾患をお持ちの方。

重度の筋力低下、または筋肉の萎縮がある方。

緑内障をお持ちの方。

- ・他の医療機関で過去にボツリヌストキシン製剤の投与を受けたことがある方。その場合は、
※治療対象部位、投与日、投与量を必ずお伝えください。

6. 治療後の注意事項

※治療効果を最大限に引き出し、合併症を防ぐため、以下の点にご留意ください。

- ・体温が上がる行為の制限：施術後3日間は、入浴（シャワー浴は可）、サウナ、激しい運動、過度な飲酒など、体温が上昇する行為を避けてください。体温上昇により、薬剤の効果が十分に発現しない可能性があります。
- ・注射部位への刺激を避ける：施術後、注射部位を強くこすったり、揉んだりしないでください。摩擦によって、注入した薬剤が意図しない範囲に拡散する可能性があります。
- ・特定の製品の使用制限：施術後1週間は、刺激の強い制汗剤や、アルコール成分を含むデオドラント、スクラブ、脱毛クリームなどの使用を控えてください。これらの製品は、注射部位に炎症や腫れを引き起こす可能性があります。

脱毛のスケジュール：脱毛施術を行う場合は、本治療から1か月以上間隔を空けてください。上記に関しましては一般的な内容であり、症状等により個人差がある旨、何卒ご理解ください。

以上の内容を十分に理解しましたので、施術を受けることに同意いたします。

- 本人(18歳未満の場合は法定代理人欄の両方に署名が必要です)

令和 年 月 日 氏名

①

- 法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人

令和 年 月 日 氏名

(続柄)

①

エルプラスクリニック 沖縄那覇院