

BTL PROTEGE ELITE™ 治療同意書

BTL PROTEGE ELITE™はRF（ラジオ波）とウルトラサウンド（超音波）を同時に照射して皮膚の引き締めが可能な治療器です。長期臨床研究の結果、真皮～皮下脂肪に対して最適な治療効果をもたらすテクノロジーを BTL Industries Ltd. が、開発したことにより皮下 2.5cm 迄を選択的に治療することが可能になりました。

1. 治療に際して

本治療は、皮膚の引き締め（コラーゲン・エラスチンの生成）を期待する治療器です。その効果は限定された治療部位の皮膚を引き締めて段階的に減少させていく治療方法であり、治療部位の皮下脂肪や体重を減少させることを保証するものではありません。

特に、治療効果を過度に期待し、適度な運動を心がけず、暴飲暴食をしますと効果の発現は期待できない可能性は否めません。

1) 適用

お顔全体・首・二の腕・腹部のたるみ等の厚みのある皮下脂肪などが治療の適応になります。

2) 治療回数、治療間隔・所要時間

治療回数：1クール5～6回の治療を行います。

治療間隔：約1～2週間隔をあけて、施術を行います。

所要時間：30分～1時間程度 治療部位による。

治療に関して、その有効性と安全性の観点から通院回数を守る方を対象としています。

治療回数は、効果に応じて増えることもあります。

3) 副作用

① 治療中もしくは治療後、治療部位が、ひりひりとした熱感を生じることがあります。

その場合は当方で適切な処置を行います。これらの症状は通常数ヶ月で改善します。

② 治療した部位を触ると、少し痛みを感じるがありますが、通常1～2週間程度で治まります。

③ 皮膚の火傷や水疱などが、過度な加熱のため起こるかもしれません。

4) 施術後の日常生活について

施術後は、以下のような点に留意してください。

① 過剰な糖分の摂取を抑え、炭水化物・脂肪分の多い食事を避けること。

② アルコールや煙草の摂取を控えること。

③ 軽めの運動を心掛けること。

5) 治療条件について

1 下記に当てはまる項目がある場合、数字に○を付けて下さい。医師の確認が必要です。

1. 対象部位に極度の日焼けをしている方
2. 重大な皮膚疾患がある方
3. 極端に肌が弱く頻繁に肌荒れをする方
4. ケロイド体質・アトピー体質・光線過敏症の方
5. 膠原病などの自己免疫疾患、又は重症の糖尿病や高血圧のないこと
6. 高脂血症・心疾患のないこと
7. 抗凝固剤を服用されていないこと
8. ペースメーカーを使用されている方
9. 金属製のインプラント（口腔内を除く）が治療部位に存在する方
10. 妊娠中、又は妊娠の予定がある方、又は授乳中の方
11. 生理期間中は普段より皮下出血を起こしやすく痛みも感じやすくなる可能性があり体重や体調の変化も著しい期間であるため施術は避ける事があります
12. その他、使用又は服用されているお薬等があればご記入ください。

【
】

*その他異常のある場合は医師の診察後に治療の可否を決定します。

2 以下の条件を守っていただける方

1. 本説明の内容にすべて同意できる方
2. 治療期間中は治療部位の皮膚に関係する他の治療を受けないようにする
3. 治療期間中は、かぶれなどのトラブルが生じて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
4. 旅行などで日焼けをする予定のない方

BTL PROTEGE ELITE™ 治療同意確認書

私は上記条件を満たし内容を理解した上で BTL PROTEGE ELITE™ による治療を受けることを同意します。

平成 年 月 日

御名前

御年齢

御住所

ご連絡先（ご自宅）

携帯電話

* 連絡先が自宅の場合、病院名での連絡の可否（可・否）

サイン

否の場合は個人名で連絡をさせていただきます。

施設名：池袋2丁目医院 院長：北野 新弓

平成 年 月 日