

ほくろ・いぼ除去（炭酸ガスレーザー） 施術説明書

ダーモスコープ診断 → 炭酸ガスレーザー（eCO2）

患者様氏名		施術日	年 月 日
カルテ番号		担当医師	
除去部位		大きさ	mm（最大径）
個数	個	料金	円（税込）

説明書はオンラインでも確認できます。お家で見返したい時はダウンロードしてください



【重要】当院のほくろ除去について

- ・6mm以上のほくろは悪性腫瘍の鑑別が必要なため、レーザーではなく保険診療での切除手術となります。保険証を必ずご持参ください。
- ・ダーモスコープで悪性所見（色の抜け・樹枝状血管拡張等）が認められた場合は、外科的切除・病理検査を行います。レーザーで削ることはできません。

第1条 治療の目的と方法

ダーモスコープ検査で良性と診断されたほくろ・いぼを対象として、炭酸ガスレーザー（eCO2）でほくろ組織を蒸散（削り取り）し、その後Qスイッチレーザーを照射して色素を除去します。局所麻酔を使用するため施術中の痛みは軽減されます。少量の出血が小じることがあります。

治療法	対象	方法
炭酸ガスレーザー（eCO2）	良性ほくろ・いぼ（ダーモスコープで確認済み）	局所麻酔後、CO2レーザーで組織を蒸散。Qスイッチレーザーで残存色素を除去。
外科的切除（保険診療）	6mm以上または悪性疑いの病変	局所麻酔下でメスにて周囲を含め切除し病理検査に提出。後日縫合部位を抜糸。

料金（麻酔代・保護テープ・抗生剤込み・税込）

4mm以下	6mm以下	10mm以下
6,600円	7,700円	11,000円

第2条 施術後の一般的な経過

時期	経過
当日（施術直後）	局所麻酔の影響で術後数時間は感覚が鈍い場合があります。薬（抗生剤軟膏）を塗り、肌色の保護テープを貼ります。洗顔・入浴は当日から可能で、テープの上からメイクもできます。
1～2週間（ご自宅ケア期）	1日1～2回消毒し、軟膏とテープで保護してください。石鹸は刺激になるためお湯のみで優しく洗ってください。
1～2週間後（皮膚再生期）	皮膚が再生し、凹みが目立たなくなってきます。かさぶたを無理に剥がすと色素沈着・瘢痕のリスクがあります。
1～2ヶ月（赤み期）	傷が治癒した後も1～2ヶ月（長い場合は4ヶ月程度）赤みが残ります。この時期の紫外線対策が極めて重要です。
3～6ヶ月後	赤みが徐々に落ち着き、肌色に近づきます。完全な落ち着きには個人差があります。

第3条 起こりうる副作用・リスク

副作用	内容	対処・転帰
赤み・凹み（必発）	レーザーで削った部位は一時的に凹んで赤くなります。正常な経過です。	1～4ヶ月で改善。紫外線対策が重要です。
色素沈着（PIH）	照射後に紫外線を浴びると茶色くシミになる場合があります。	日焼け止め必須。ハイドロキノン外用で改善します。
再発	毛根・真皮深部に色素が残存した場合、ほくろが再発することがあります。	再照射で対処します。複数回必要な場合があります。
瘢痕	体質（ケロイド素因）や感染により目立つ傷跡になることがあります（特にケロイド体質の方）。	専門的管理を要します。
感染	皮膚バリア低下による細菌感染。正しいケアで予防できます。	抗菌薬軟膏の継続。症状強い場合はご来院ください。
熱傷（まれ）	高出力照射・冷却不足により生じることがあります。	冷却・抗炎症薬・次回出力低下で対応します。
効果不十分	根が深いほくろは1回で完全除去できないことがあります。	再照射で対処します（追加料金が必要です）。

第4条 施術後の遵守事項

（1）紫外線対策【最重要】

レーザー照射後の傷が治癒する過程でメラニンが産生されやすく、紫外線を浴びると色素沈着（シミ）が生じます。以下を必ず守ってください。

- ・ 外出時はSPF30/PA+++以上の日焼け止めを毎日塗布してください（傷が治癒した翌日から）。
- ・ 帽子・日傘等で物理的に遮光してください。
- ・ 完全に落ち着くまでの3～6ヶ月間は遮光を継続してください。

（2）ご自宅でのケア手順

項目	指導内容
消毒	1日1～2回、処方の消毒薬で傷口を清潔にしてください。
軟膏塗布	処方の抗生剤軟膏を薄く塗ってください（傷が治るまで）。
テープ保護	肌色の保護テープを貼り、剥がれたら貼り直してください。
洗顔	石鹸は使わず、お湯のみで優しく洗ってください（傷が治るまで）。
触らない	患部を擦ったり、かさぶたを剥がしたりしないでください。
受診基準	化膿・著明な痛み・急激な腫脹が生じた場合は速やかにご来院ください。

第5条 施術禁忌事項のご確認

以下に該当される方は施術をお受けいただけない場合があります。お申告なく施術を受けられ、それに起因する事象については当院は責任を負いかねる場合があります。

【絶対禁忌】

- ☐ 妊娠中または授乳中
- ☐ 照射部位に感染症・急性炎症・ヘルペス活動期がある
- ☐ ケロイド体質（既往歴含む）
→ 瘢痕が目立つリスクがあります
- ☐ 光線過敏症・光感受性を高める薬剤を服用中
(テトラサイクリン系・ビタミンA誘導体等)
- ☐ 照射部位に皮膚悪性腫瘍の既往または疑いがある（ダーモスコープで要確認）
- ☐ 直近2週間以内に強い日焼けをした

第6条 同意確認

以下の各項目をご確認いただき、すべてにご同意の上、署名をお願いいたします。

- ☐ 担当医師より、治療の目的・方法・使用機器について説明を受け、理解しました。
- ☐ ダーモスコープ検査で良性と確認されたほくろ・いぼに対してレーザー除去を行うことを理解しました。
- ☐ 施術後の一般的な経過（凹み・赤み・色素沈着等）について説明を受け、理解しました。
- ☐ 副作用・リスク（色素沈着・再発・瘢痕等）について説明を受け、理解しました。
- ☐ 1回の施術で完全除去できない場合があり、再施術が必要になることを理解しました。
- ☐ 施術後の紫外線対策・アフターケアについて説明を受け、遵守することに同意しました。

- ☐ 禁忌事項の確認を行い、該当事項があれば正確にお申告しました。
- ☐ 本治療を自らの意思により受けることに同意します。

署 名

上記の説明内容を十分に理解し、本治療を受けることに同意します。

患者様ご本人署名 （自筆）

署名： _____ 署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 患者様が未成年（18歳未満）の場合は、保護者の方の署名が必要です。

保護者署名 （未成年の場合のみ）

署名： _____ 続柄： _____

【担当者記入欄】（院内使用）

説明担当者署名		説明日時	
施術担当医師署名		資格	医師