

ヒアルロン酸注射 施術説明書

患者様氏名		施術日	年 月 日
カルテ番号		担当医師	
注射部位		注入量	ml
使用製剤			

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



第1条 治療の目的と方法

ヒアルロン酸注射（ソフトティッシュフィラー）は、皮膚になじみやすいヒアルロン酸ゲルを皮下・真皮深層に注入し、たるみジワや凹みを内側からふっくらと持ち上げる治療です。ヒアルロン酸は体内に元来存在する成分であり、時間とともに体内で自然に分解・吸収されます。

第2条 期待される効果

ヒアルロン酸注射により、以下の効果が期待されます。

- ・たるみや深いシワ（ほうれい線・マリオネットライン等）を内側から持ち上げ、自然に改善します。
- ・加齢で失ったお顔のボリュームを補填し、若々しい印象を取り戻します。
- ・施術直後から効果が現れます（即効性があります）。
- ・効果の持続期間には個人差がありますが、概ね3～6ヶ月程度です。代謝が活発な方・運動量が多い方は早く吸収される傾向があります。
- ・効果が切れる前に定期的に施術を受けることで、より長期的なアンチエイジング効果が得られます。
- ・注入量が多すぎると不自然な仕上がりになる場合があります。最初は控えめな量から始め、追加することが推奨されます。

第3条 施術後の一般的な経過

時期	経過
当日～翌日	注射部位に腫脹・紅斑・内出血・圧痛が生じます。これは注射による正常な反応です。施術直後からメイクが可能です。患部を強く押したり擦ったりしないでください。
2～3日後	腫脹・紅斑が軽減してきます。内出血は7～10日で自然吸収されます。

1～2週後	腫脹が完全に落ち着き、本来の仕上がりが確認できます。最終的な評価はこの時期以降に行います。
1～2ヶ月後	ヒアルロン酸が周囲組織になじみ、より自然な仕上がりになります。
3～6ヶ月以降	ヒアルロン酸が徐々に分解・吸収されます。効果が薄れてきた時期に追加注入を検討します。

第4条 起こりうる副作用・リスク

副作用	内容・発生機序	対処・転帰
腫脹・むくみ（ほぼ必発）	注射による組織反応。部位・量によって程度が異なります。	2～3日で軽減します。アイスパックで冷却します。
内出血・青あざ	注射針による血管損傷。	7～14日で自然吸収します。ファンデーションでカバー可能です。
圧痛・疼痛	注射部位の痛み。数日で軽減します。	アイスパックで冷却。必要に応じてアセトアミノフェン服用。
仕上がりの非対称・左右差	注入量のわずかなバランス差。	2週間後の確認で追加修正が可能です。
しこり・硬結	注入したヒアルロン酸の局所的な固まり。	多くは自然吸収。持続する場合はヒアルロニダーゼ（溶解酵素）で溶解します。
過敏症・アレルギー（まれ）	ヒアルロン酸自体のアレルギーは極めてまれです。	抗ヒスタミン薬・ステロイドで対処します。
血管塞栓（まれだが重篤）	注射が血管内に入り血流を遮断する最重篤な合併症。皮膚壊死・視力障害の報告があります。	緊急処置（ヒアルロニダーゼ注射）が必要です。異常を感じたらすぐにお申し出ください。
チンダル現象	薄い皮膚で青みがかって見える現象。浅い注入で生じます。	溶解（ヒアルロニダーゼ）で改善します。
感染（まれ）	注射部位の細菌感染。清潔な操作で予防します。	抗菌薬で治療します。

【血管塞栓について：最重要リスク】

ヒアルロン酸注射の最も重篤な合併症は、血管内誤注入による血管塞栓です。血流が遮断されると皮膚壊死・視力障害が生じる可能性があります（世界的に報告あり）。当院では安全対策を実施していますが、リスクをゼロにすることはできません。施術中または施術後に急激な疼痛・皮膚の白変・視力変化が生じた場合は直ちにお申し出ください。ヒアルロニダーゼ（溶解酵素）による緊急対処を行います。

第5条 施術後の注意事項

項目	指導内容
当日	激しい運動・長時間入浴・サウナ・多量飲酒はお控えください（シャワーは可）。
患部の取り扱い	注射部位を強く押したり揉んだりしないでください（2～3日間）。ヒアルロン酸が移動する可能性があります。
スキンケア	注射部位への刺激性スキンケア（ピーリング等）は1週間中止してください。
内出血が出た場合	ファンデーションでカバーできます。通常7～14日で消退します。
次回目安	効果が薄れてきた段階で追加注入をご相談ください（3～6ヶ月後が目安）。
受診基準	急激な疼痛・皮膚の白変・視力変化・著明な非対称が生じた場合は直ちにご来院ください。

第6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ません。

【絶対禁忌】

- ☐ 妊娠中または授乳中
- ☐ 注射部位に感染症・急性炎症がある
- ☐ ヒアルロン酸製剤に対するアレルギーの既往
- ☐ 自己免疫疾患・アナフィラキシー反応の既往
- ☐ 血液凝固障害または抗凝固薬服用中
→ 内出血リスクが増大します
- ☐ 注射部位に悪性腫瘍の既往または疑いがある

【要確認事項】

- ☐ ケロイド体質
- ☐ 過去にヒアルロン酸注射を受けたことがある（他院含む）
→ 既注入量の把握が必要です
- ☐ NSAIDs・ビタミンEサプリメントを服用中
→ 内出血リスクが増大する場合があります

第7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・使用薬剤について説明を受け、理解しました。
- ☐ 施術後の一般的な経過（腫脹・内出血等）について説明を受け、理解しました。
- ☐ 血管塞栓（皮膚壊死・視力障害の可能性）を含む副作用・リスクについて説明を受け、理解しました。
- ☐ 効果の持続期間は個人差があり、3～6ヶ月程度であることを理解しました。
- ☐ 施術後の注意事項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。
- ☐ 治療効果の個人差・完全な治癒を保証するものではないことを了承しました。
- ☐ 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