

ボトックス注射（ボツリヌストキシン） 施術説明書

表情ジワの改善・筋肉の過緊張を緩める治療

患者様氏名		施術日	年 月 日
カルテ番号		担当医師	
注射部位		使用製剤	ニューロノックス（KFDA認可）

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

ボトックス注射（ボツリヌストキシン注射）は、精製したボツリヌストキシンA型を筋肉内に注入し、神経筋接合部でのアセチルコリン放出を一時的に阻害することで筋肉の過緊張をリラックスさせる治療です。表情のクセによって繰り返し収縮する筋肉を緩め、シワを改善します

第2条 期待される効果

ボトックス注射により、以下の効果が期待されます。

- 表情のクセで刻まれたシワ（眉間・目尻・額など）の原因となる筋肉の緊張を緩め、シワを目立たなくします。
- 注射後2～3日から効果が現れ始め、1～2週間で最大効果が現れます。
- 効果の持続期間には個人差がありますが、概ね3～4ヶ月程度です。
- 効果が切れる前に定期的に施術を受けることで（3～4ヶ月ごと）、将来シワが深く刻まれるのを予防する高いアンチエイジング効果が得られます。
- 初めての方には、お顔が不自然に固まったり表情が制限されたりしないよう、控えめな量から始めます。
- 長期反復投与により体内で抗体が産生され、効果が出にくくなる「抗体形成」が生じる場合があります。

第3条 施術後の一般的な経過

時期	経過
当日	注射部位に軽度の腫脹・発赤・圧痛が生じます。注射痕が残る場合がありますが数時間～翌日で消退します。
2～3日後	効果が現れ始めます。ボトックスが神経筋接合部で作用し、筋肉が徐々に緩んできます。
1～2週後	最大効果が現れます。最終的な仕上がりはこの時期に確認します。

1～2ヶ月後	効果が安定しています。表情の自然さも落ち着いてきます。
3～4ヶ月後	ボツリヌストキシンが代謝・分解され、効果が徐々に薄れてきます。追加注射の検討時期です。

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
注射部位の疼痛・腫脹（軽度）	注射針による反応。数時間～翌日で消退します。	アイスパックで冷却します。
内出血	注射針による血管損傷。10～14日で自然吸収されます。	ファンデーションでカバー可能です。
頭痛	一時的に頭痛が生じる場合があります。	1～2日で消退。アセトアミノフェンで対処します。
表情の非対称・左右差	注入量の微細なバランス差。	2週間後の確認で追加修正が可能です。
眉毛・目元への影響（まれ）	薬剤が隣接する筋肉に拡散した場合、眉が下がる・重たく感じるなどが生じることがあります。	3～4ヶ月で自然回復します。量の調整で予防します。
表情の変化	注射部位周囲の表情が変化することがあります。	数ヶ月で自然回復します。
アレルギー反応（極めてまれ）	ボツリヌストキシン製剤へのアレルギー。	抗ヒスタミン薬・ステロイドで対処します。
抗体形成・効果減弱（長期）	反復投与によりボツリヌストキシンへの抗体が産生される場合があります。	製剤変更や治療間隔の調整で対応します。

第5条 施術後の注意事項

項目	指導内容
当日（4～6時間）	顔を強くマッサージしたり、激しく動かしたりしないでください。薬剤が意図しない部位に移動する可能性があります。
当日（入浴等）	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）。
うつぶせ寝	当日はうつぶせでの睡眠を避けてください。
効果の確認	最終的な仕上がりは1～2週間後に確認します。不満足な点がある場合は追加注入が可能です。
次回施術	3～4ヶ月ごとの定期注射でシワの予防効果が高まります。

受診基準	急激な筋力低下・嚥下障害・複視・重篤なアレルギー症状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
- ☐ 重症筋無力症・筋萎縮性側索硬化症（ALS）等の神経筋疾患
- ☐ 注射部位に感染症・急性炎症がある
- ☐ ボツリヌストキシン製剤に対するアレルギーの既往
- ☐ アミノグリコシド系抗生物質を使用中
(ゲンタマイシン等：神経筋遮断が増強されます)

【要確認事項】

- ☐ 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
- ☐ 過去にボトックス注射を受けて効果が出なかった
→ 抗体形成の可能性があります
- ☐ 眼瞼下垂・重い目の既往
- ☐ 嚥下困難・呼吸疾患の既往

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（ニューロノックス）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・効果発現時期等）について説明を受け、理解しました。
- ☐ 副作用・リスク（眉・目元への影響・表情変化等）について説明を受け、理解しました。
- ☐ 効果の持続期間は3～4ヶ月程度であり、長期的な効果のためには定期的な施術が必要であることを理解しました。
- ☐ 施術後の注意事項（当日のマッサージ禁止等）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