

# AQUAMID® 同意書

お名前 \_\_\_\_\_  
 現住所 〒 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**赤字**で記載されている項目に「はい」と答えた方は Aquamid®の施術を受けることはできません。  
**必ず製品に同封されている“Instruction For Use”をよくお読みになってからご使用ください。**  
 また※印に「はい」と答えた方は、医師の指示に従い Aquamid®の施術を受けても良いか、よく相談してください。

## 治療について

現在、使用している薬はありますか？

- 抗生物質 ※ はい いいえ
- ステロイド治療をしている **はい** いいえ
- NSAIDs を常用している **はい** いいえ
- 抗凝血薬療法 ※ はい いいえ
- その他 はい いいえ

「はい」の場合、どのような症状で何を投与していますか？

\_\_\_\_\_

- 抗生物質でアレルギーを起こしたことがありますか  
**はい** いいえ

## 既往歴

過去 6 ヶ月以内に下記の治療を受けましたか？

- 外科手術 **はい** いいえ
- 口腔外科手術 **はい** いいえ

現在、下記の症状に該当するものはありますか？

- ヘルペス **はい** いいえ
- 糖尿病 ※ はい いいえ
- 座瘡（ニキビ） **はい** いいえ
- 乾癬 **はい** いいえ
- 皮膚病 **はい** いいえ
- 全身性疾患 ※ はい いいえ

「はい」の場合、具体的に記載して下さい。

\_\_\_\_\_

- 自己免疫疾患 **はい** いいえ

「はい」の場合、具体的に記載して下さい。

\_\_\_\_\_

- 現在妊娠していますか？ **はい** いいえ
- 現在、授乳していますか？ **はい** いいえ

## 治療歴について

吸収性のフィラーを注入したことがありますか？（レスチレン、パーレーン、ジュビダーム等） ※はい いいえ

「はい」の場合：

いつ \_\_\_\_\_

部位 \_\_\_\_\_

治療後、何か異常や問題は生じましたか？

※はい いいえ

「はい」の場合、具体的に記載して下さい。

\_\_\_\_\_

非吸収性のフィラーを注入したことがありますか？（アーテフィル、ダーマライブ、シリコン、バイオアルカミド、スカルプトラ等） ※はい いいえ

「はい」の場合：

いつ \_\_\_\_\_

部位 \_\_\_\_\_

治療後、何か異常や問題は生じましたか？

**はい** いいえ

「はい」の場合、具体的に記載して下さい。

\_\_\_\_\_

**Aquamid®は他の非吸収性フィラーや吸収性フィラーが現在も残存している部位には注入しないでください。吸収性のフィラーを注入している場合は、完全に吸収されたから(最低6ヶ月)Aquamid®を注入してください。**

私 \_\_\_\_\_ (患者氏名) は、 \_\_\_\_\_ (担当医氏名) 医師の説明を理解し、  
 \_\_\_\_\_ (部位) に Aquamid® を注入することに同意いたします。

## 同意書

私は、Aquamid® 注入術について十分理解し、Aquamid® が 97.5% 純水 (無発熱性水) と 2.5% の架橋結合ポリアクリルアミドであり、非吸収性の物質で長期持続することを理解しました。また、非吸収性である為、除去には目に見える傷跡ができる可能性があることも理解しました。尚、施術の詳細についても説明され、理解しました。また、代替術、それらのメリット・デメリットについても説明を受け、理解しました。

私は、この治療の利点とリスクを理解し、施術直後及び後期合併症についても説明を受けました。

- 担当医に、私の病歴について説明しました。
- 担当医に、現在服用している薬について、すべて説明しました。
- 現在、これから注入する部位には非吸収性フィラーは注入していません。また、吸収性フィラーも過去 6 ヶ月間注入していません。
- 現在、妊娠及び授乳していません。

この施術を受けるにあたり、担当医からすべての疑問に対し、説明を受けました。  
 全ての情報を理解し、十分検討した結果、私は Aquamid® による施術を受けることに同意します。

日付 \_\_\_\_\_ (年月日)

患者署名 \_\_\_\_\_

医師署名 \_\_\_\_\_

施術部位 \_\_\_\_\_  
 注入量 \_\_\_\_\_  
 施術日 \_\_\_\_\_  
 医師署名 \_\_\_\_\_

Aquamid®  
 ロット番号の  
 シールをここ  
 に貼ってくだ  
 さい。

施術部位 \_\_\_\_\_  
 注入量 \_\_\_\_\_  
 施術日 \_\_\_\_\_  
 医師署名 \_\_\_\_\_

Aquamid®  
 ロット番号の  
 シールをここ  
 に貼ってくだ  
 さい。



## 【注意】

- ・施術後は、局所的に一時赤みや、あざ、腫れ、血腫形成、かゆみや軽度の痛みを感じる場合があります。
- ・全ての経皮的注射にあることですが、Aquamid® 注入によって感染症を起こすリスクがわずかにあります。
- ・ヒリヒリ感や腫れ、赤みが続く場合、軽度のバクテリアによる感染症の可能性を疑ってください。
- ・コルチコステロイドや NSAIDs は症状を悪化させたり、長期化させたりするので使用しないでください。

私 \_\_\_\_\_ (患者氏名)は、 \_\_\_\_\_ (担当医氏名) 医師の説明を理解し、  
 \_\_\_\_\_ (部位)に Aquamid®を注入することに同意いたします。

## 同意書

私は、Aquamid®注入術について十分理解し、Aquamid®が 97.5%純水(無発熱性水)と 2.5%の架橋結合ポリアクリルアミドであり、非吸収性の物質で長期持続することを理解しました。また、非吸収性である為、除去には目に見える傷跡ができる可能性があることも理解しました。尚、施術の詳細についても説明され、理解しました。また、代替術、それらのメリット・デメリットについても説明を受け、理解しました。

私は、この治療の利点とリスクを理解し、施術直後及び後期合併症についても説明を受けました。

- 担当医に、私の病歴について説明しました。
- 担当医に、現在服用している薬について、すべて説明しました。
- 現在、これから注入する部位には非吸収性フィラーは注入していません。また、吸収性フィラーも過去 6 ヶ月間注入していません。
- 現在、妊娠及び授乳していません。

この施術を受けるにあたり、担当医からすべての疑問に対し、説明を受けました。  
 全ての情報を理解し、十分検討した結果、私は Aquamid®による施術を受けることに同意します。



日付 \_\_\_\_\_ (年月日)

患者署名 \_\_\_\_\_

医師署名 \_\_\_\_\_

施術部位 \_\_\_\_\_  
 注入量 \_\_\_\_\_  
 施術日 \_\_\_\_\_  
 医師署名 \_\_\_\_\_

Aquamid®  
 ロット番号の  
 シールをここ  
 に貼ってくだ  
 さい。

施術部位 \_\_\_\_\_  
 注入量 \_\_\_\_\_  
 施術日 \_\_\_\_\_  
 医師署名 \_\_\_\_\_

Aquamid®  
 ロット番号の  
 シールをここ  
 に貼ってくだ  
 さい。

## 【注意】

- ・施術後は、局所的に一時赤みや、あざ、腫れ、血腫形成、かゆみや軽度の痛みを感じる場合があります。
- ・全ての経皮的注射にあることですが、Aquamid®注入によって感染症を起こすリスクがわずかにあります。
- ・ヒリヒリ感や腫れ、赤みが続く場合、軽度のバクテリアによる感染症の可能性を疑ってください。
- ・コルチコステロイドや NSAIDs は症状を悪化させたり、長期化させたりするので使用しないでください



## 患者様向け注意事項

この度は、数ある製品の中から Aquamid® をご用命頂き、誠に有難うございます。

注入部位周辺のあざや感染症を回避し、Aquamid® の効果を最大限に実感して頂く為に、いくつかの注意事項がございます。

### 注入後の注意事項

合併症を防ぐ為に、下記注意事項を必ず守ってください。

- 注入後最低 6 時間は、注入部位を触らないでください。
- 注入日はお化粧品やスキンケア用品のご使用はさけてください。
- 施術日は、髭剃り、顔剃りは避けてください。
- 注入部位にピアスを開けたり、ワックスなどで脱毛したりしないでください。
- 唇または口元周辺に注入された場合、注入日はキスをしないでください。
- 注入後 4 週間は、直射日光(日光浴や日焼けマシンを含む)や極度の低温環境は避けてください。また Aquamid® を注入した部位は、日焼けや霜焼けにならないようにしてください。
- 施術前後 6 ヶ月間は、外科手術及び口腔外科治療は避けてください。施術前後 6 ヶ月以内に、外科手術及び口腔外科治療が必要な場合は、抗生物質治療を推奨します。
- お肌が完全に回復するまで、最低 6 ヶ月間は、レーザー治療、脱毛、ワックス脱毛、ピーリング、スキン・サーフェッシング(お肌の若返り治療)、唇のタトゥー(刺青)、染色、UV 光線(紫外線光線)を使用したホワイトニング等の美容治療は受けしないでください。

### 重要なお知らせ

Aquamid® は非吸収性フィラーです。過剰注入を避け、満足いく結果を出すためにも最低 2 週間のインターバルをおいて、複数回に分けて注入をすることが必要な場合もあります。担当医とよく相談し、治療計画をしっかりと立ててください。

Aquamid® 以外の注入剤でも起きうるのですが、注入後は軽い赤み、腫れ、血腫形成、かゆみ、軽度の痛みを感じる場合があります。これは、体の正常な反応で一時的なものです。Aquamid® のハイドロゲルは非毒性でアレルギーフリーの物質です。しかし、どんなに気をつけていても合併症や感染症を発症する可能性があることをご留意ください。

**極稀に合併症を起こす事があります。不快感や腫れ、ヒリヒリ感等が続くような場合は、注入部位が局部炎症を起こした可能性があります。その場合は、担当医に連絡の上、ご相談ください。もし、合併症や感染症が発症してもコルチコステロイドや NSAIDs は絶対に使用しないでください。**

また、極稀に注入後数年経過してから注入部位が硬くなる、凸凹する、小塊ができるなどの症状が、感染症を起こすことよって発症することがあります。これにより、注入部位の痛みや皮膚過敏性を起こすことがあります。

**Aquamid® の治療を受ける際は、必ずこの同意書をご持参ください。施術後は、この同意書を大切に保管してください。また Aquamid® を注入した医師以外の医師に相談する場合は、この同意書を持参してください。**