

## BTL-6000 フォーカス<sup>®</sup> 治療同意書

BTL-6000 フォーカス<sup>®</sup>は、衝撃波エネルギーを体外から照射し、皮下組織に刺激を与える非侵襲的な治療を行います。結果、疼痛緩和をもたらし、難治性足底腱膜炎に対する改善をもたらします。

### 1. 治療に際して

効果は即時に病状を治すようなものではなく、特定の治療部位における組織の再生を促進し、段階的に改善させていく治療方法となっています。治療により病状が再発しないこと、あるいは完治することを保証するものではありません。

#### 1) 適用

治療の主な対象部位は足です。頭部、心筋、脊髄、生殖腺、腎臓、肝臓またはガスを含む可能性のある身体部位は適応外の部位となります。

#### 2) 治療回数・治療間隔・所要時間

治療回数：1クール3～10回の治療を行います。病状により異なる場合があります。

治療間隔：1週間程度あけて、治療を行います。病状により異なる場合があります。

所要時間：10分～30分程度。治療部位や病状により異なる場合があります。

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れ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、治療部位に紅斑や腫れが一時的に出現する場合があります。

② 血腫や点状出血。一時的な過敏症や痛みの増加。

③ 治療部位に感覚の低下や痒みが一時的に生じることがあります。

ほとんどの副作用は治療後から数十分～数時間程で回復します。

#### 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 治療期間中の激しいトレーニングや集中的な有酸素運動を控えること。
- 2 必要に応じてストレッチ運動やその他の予防措置を継続すること。

## 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. 対象部位における感覚の低下・感覚障害のある方
2. 血液障害、血液凝固障害、あるいは抗凝固剤を服用されている方
3. ペースメーカーを使用されている方
4. 各種のインプラントが治療部位に存在する方
5. 妊娠中の方
6. 腫瘍疾患、血栓症、治療部位における過剰な腫れがある方
7. 急性炎症、感染症がある方
8. 局所麻酔下の部位
9. ステロイド注射・コルチコステロイドの治療を受けている方
10. 子供の発達に伴う骨及び軟骨の成長（成長板）
11. 多発性神経障害
12. 医学的、または精神的に不安定な状態
13. 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の方**

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に関係する他の治療を受けないようにする

# BTL-6000 フォーカス<sup>®</sup> 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-6000 フォーカス<sup>®</sup>による治療を受けることに同意します。

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。

施名：米子南整形外科クリニック 院長： 築谷 康人