

あおばクリニック イソトレチノイン治療同意書

イソトレチノインの内服の前に必ずリンク先の解説ページをお読みください。お読みいただけたものとして診療を開始させていただきます。	はい いいえ
女性の場合、「①服用開始前1か月は必ず避妊②服用中と服用後6か月間は必ず避妊③妊娠中・授乳中は内服しない」をお守りください。（男性の方は「はい」とお答えください。）	はい いいえ
男性の場合、「服用中と服用後1か月間は必ず避妊」をお守りください。（女性の方は「はい」とお答えください。）	はい いいえ
最初の1か月くらい薬の増量中は、ニキビや角栓や黒ずみがむしろ増えることもあります。1～2か月で落ち着きます。	はい いいえ
ほとんどの場合、1～2か月後くらいから新しいニキビがでにくくなります。ニキビができては治りが早くなってきます。	はい いいえ
ニキビの治りが悪い場合、薬を増量させていただく場合がございます。	はい いいえ
美容施術に制限がかかる場合があります。あおばクリニックでは「①内服前2週間 ②内服中と内服後2か月間 ③肌荒れが問題となる場合」はエレクトロポレーションを除き、施術をお受けしていません。他院の場合は、かかられる医院にご確認ください。	はい いいえ
最初の1～2か月は唇や肌の乾燥が非常に強く、皮むけする場合がございます。唇は特に乾燥しやすく、皮むけも強い場合が多いです。服用中、乾燥は続きますが、薬を増やさなければ1～2か月くらいで落ち着いてきます。	はい いいえ
最初の1～2か月は鼻も乾燥し、鼻血が出る方もいらっしゃいます。また、目の乾き・まぶしさなどが起こる場合もあります。内服中、乾燥は続きますが、1～2か月くらいで落ち着いてきます。	はい いいえ
フケが出やすくなる場合があります。また、抜け毛が多くなる場合もあります。最初の1～2か月に起こる場合が多いです。	はい いいえ
率は低いです。筋肉や関節の痛み、胃腸障害、めまい、頭痛や倦怠感、骨粗しょう症（40代以降が主）などが出る場合があります。また、非常に稀ですが、薬剤アレルギー、アナフィラキシーショック、スティーブンスジョンソン症候群、視覚異常、聴覚異常などが報告されております。	はい いいえ
15歳未満の方は処方できません。成長期の方には処方できないため、18歳未満の方でも身長がまだ伸びていらっしゃる方は処方できません。	はい いいえ
潰瘍性大腸炎やクローン病をお持ちですか？お持ちの場合、「以前にかかれた」「現在治療中」のどちらでも「はい」とお答えください。（悪化したりする可能性があるため処方できません）	いいえ はい
パラベン・大豆・ピーナッツにアレルギーがありますか？お持ちの場合は処方できません。	いいえ はい
肝障害や精神疾患をお持ちですか？お持ちの場合は処方できません。	いいえ はい
ステロイドを内服していらっしゃいますか？内服中の場合は処方できません。	いいえ はい
ビタミンAを含むビタミン剤を内服中でしょうか？内服中の場合は処方できません。	いいえ はい
イソトレチノイン服用でアレルギーを起こされたことがおありですか？おありの場合は処方できません。	いいえ はい
高コレステロール血症をお持ちですか？お持ちの場合は処方できません。	いいえ はい
レーシック・ICL手術の前後3か月間でいらっしゃいますか？その期間の場合は処方できません。	いいえ はい
ミノマイシンやピプラマイシンなどテトラサイクリン系の抗生剤を服用中の場合、薬の作用が強くなる場合があります。別の抗生剤に変更するようにしてください。	はい いいえ
服用中とその後1か月は献血が出来ません。（正確には赤十字にご確認ください）	はい いいえ
治療前、1か月後、3か月後の血液検査をお勧めしております。率は低いです。肝機能検査（AST、ALT）、血算、CK（クレアチニンキナーゼ）、血中脂質検査（TC、HDL、LDL、TG）に異常が出ることがあります。あおばクリニックのオンライン診療では血液検査を行っておりませんので、近くの医院か病院で受けられることをお勧めしております。異常が出た場合、御相談ください。	はい いいえ
副作用や併発症で専門医などにかかれた場合の治療費ですが、ご本人の負担とさせていただきます。当院ではご負担しかねますことをご了承ください。	はい いいえ
治療効果は個人差がございます。ご期待に添えない場合でも、返金等をお受けすることはできかねます。	はい いいえ
直近で体重が以下のどれに当たるかをチェックしてください。（微妙な場合は軽い方にチェックしてください） ()45kg以下 ()45～55kg ()55～65kg ()65～75kg ()75～85kg ()85～95kg ()95kg以上	
服用経験がおありの方に伺います。 ①最大で何mg内服されましたか？ 1日()mg ②いつまで内服していらっしゃいましたか？ ()年 ()月まで	
現在イソトレチノイン服用中の方に伺います。 ①現在の服用量 1日()mg ②内服開始 ()月 ()日ころ ③処方医院名 () ④現在のニキビの状況 ()全く出ない・()ほとんど出ない・()かなり出る	

住所：(〒 -) _____

御氏名： 性別：男・女 生年月日：西暦 年 月 日

※診察券の再発行には100円の手数料がかかります。手数料のお支払いを拒否される場合は、診察券の再発行および薬の処方を受けることができませんのでご了承ください。