

自由診療説明書・同意書

まつ毛育毛薬(ビマトプロスト)

この書面は「まつ毛育毛薬(ビマトプロスト)」の処方にあたり、治療内容・効果・リスク・自由診療の仕組みについてご説明するものです。
内容を十分にご理解いただいた上で、本治療を希望される場合は末尾の同意欄に記入をお願いいたします。

1. 治療の目的と効果・限界

- 【目的】本剤は、まつ毛の毛周期（成長期）を延長させることで、まつ毛を「長く・太く・濃く」改善する外用薬です。
- 【効果と持続】1日1回の塗布により、通常2ヶ月程度で効果を実感し始めます（個人差があります）。
- 【治療の限界】本剤は対症療法であり、使用中止すると数ヶ月かけて元の状態に戻ります。確実な効果を保証するものではありません。
- 【対象年齢】18歳以上（高校生不可）の方を対象としております。

2. 自由診療（保険適用外）に関する重要事項

- 【全額自己負担】本治療は公的医療保険の対象外であるため、診察料・薬剤料の全額が患者様の自己負担となります。

項目	金額（税込）
初診料	3,300円
再診料	1,650円
薬剤料（1本） 1本（約2か月分） 塗布用の筆 40本入り×2袋付き	3,300円
薬剤料（3本セット） 3本セット（約6か月分） 塗布用の筆 40本入り×6袋付き	9,240円

- 【返金不可】期待された効果が得られなかった場合や副作用等の理由により中止された場合でも、処方済みの薬剤費および診察料の返金・返品には一切応じられません。

3. 主な副作用と使用上の注意

- 【主な副作用】色素沈着（目の周りの黒ずみ）、眼瞼溝深化（まぶたのくぼみ）、充血、かゆみ、虹彩の色素過剰などが報告されています。
- 【用法用量の遵守】1日1回、就寝前に上まつ毛の根元のみに塗布してください。頻度・量を増やしても効果は上がりず、副作用リスクが高まります。
- 【保管方法】直射日光を避け、室温で保管してください。

4. 禁忌疾患および免責事項

- 【申告義務】妊娠中・授乳中の方、同成分アレルギーのある方、眼科疾患（緑内障・黄斑浮腫等）のある方は使用できない場合があります。持病・アレルギーは必ず正確に申告してください。虚偽・過失があった場合、当院は責任を負いかねます。
- 【専門医受診の推奨】使用後に急激な目の痛み・視力低下等が生じた場合は直ちに使用を中止し当院へご連絡ください。専門医受診を指示する場合があります、その際の費用は患者様のご負担となります。

5. 同意の任意性と撤回

- 本治療を受けるか否かは患者様ご自身の自由な意思に基づきます。説明後であっても同意を拒否または撤回することが可能です。同意されない場合でも、今後の通常の診療において不利益を被ることはありません。

【医療機関記入欄】

私は患者様に対し、上記治療について、目的・効果・リスク・費用・免責事項について十分な説明を行いました。

説明日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師署名：_____

クリニック名：新発田ひらた内科クリニック 医師名：_____

【患者様同意記入欄】

私は、医師より上記治療に関する説明を受け、目的・効果・限界・副作用・費用（自己負担・返金不可）・免責事項について十分に理解し、納得した上で本治療を受けることに同意いたします。

同意日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

ご氏名（自署）：_____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所：〒 _____

お電話番号：_____