

# 自由診療説明書・同意書

## 後天性眼瞼下垂症治療薬（アップニーク®ミニ点眼液0.1%）

この書面は、後天性眼瞼下垂症治療薬「アップニーク®ミニ点眼液0.1%」の処方にあたり、治療内容、効果、リスク、および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

- 治療の目的：**本剤（有効成分：オキシメタゾリン塩酸塩）は、まぶたを持ち上げる筋肉（ミュラー筋）を刺激し、後天性眼瞼下垂による上まぶたの下がりを一時的に改善する点眼薬です。
- 対象年齢：**本治療は**18歳以上（高校生不可）**の方を対象としております。
- 効果と持続：**1日1回の点眼により、通常15分程度で効果が現れ、**約8時間効果が持続**します（個人差があります）。
- 治療の限界：**本剤は症状を一時的に緩和する**対症療法**であり、**眼瞼下垂の原因そのものを根本的に治療・完治させるものではありません**。効果が切れると元の状態に戻ります。また、先天性の眼瞼下垂には効果が期待できません。

### 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。
- 費用について：**本日の費用は以下の通りです（表示価格はすべて税込です）。

|     |                           |     |        |
|-----|---------------------------|-----|--------|
| 初診料 | 3,300円                    | 再診料 | 1,650円 |
| 薬剤料 | 10本入：2,200円 / 30本入：6,600円 |     |        |

- 返金不可の原則：**万が一、期待された引き上げ効果が得られなかった場合や、副作用等の理由によりご自身の判断または医師の指示で途中で使用を中止された場合であっても、**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：**点眼直後の一時的な刺激感、かゆみ、目の乾燥感、充血、かすみ目、ピント調節の低下（近視障害）などが報告されています。これらは通常、時間の経過とともに軽快・解消します。
- 用法用量の遵守：**必ず医師に指示された用法・用量（通常1日1回、片眼1滴）を厳守してください。過剰に点眼すると、血管収縮作用や交感神経刺激作用により全身（血圧上昇や心拍数への影響等）に不調を及ぼす恐れがあります。
- 保管方法：**未開封時は常温保存が可能です。外袋（アルミ袋）を開封した後は**必ず冷蔵庫で保管**し、1年以内を目安にご使用ください。

### 4. 禁忌疾患および免責事項

- 持病の申告義務：**閉塞隅角緑内障などの未治療の緑内障、重度の心血管疾患、高血圧、甲状腺機能亢進症、糖尿病などの持病がある方は、病状悪化のリスクがあるため使用できない場合があります。持病や現在服用中の薬は必ず正確に医師へ申告してください。申告に虚偽や過失があった場合、当院は一切の責任を負いかねます。
- 専門医受診の推奨：**本剤の使用後に、急激な目の痛みや視力低下、その他重篤な異常が生じた場合は、直ちに使用を中止し当院へご連絡ください。病状や緊急性に応じて、近隣の眼科専門医の受診を指示または紹介する場合があります。その際の専門医での医療費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。説明を受けた後であっても、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、今後の通常の診療等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「アップニーク®ミニ点眼液0.1%」を用いた自由診療による眼瞼下垂治療について、その目的、効果、リスク（副作用）、費用、および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：

【説明医療機関】  
クリニック名：  
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、その目的、効果、限界、副作用、費用（自己負担・返金不可）、および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/和暦）：

お電話番号：

ご住所：