

エムセラ治療同意書

エムセラは高密度焦点式電磁（ハイフェム）を用いて骨盤底筋を強化することにより過活動膀胱および尿失禁の症状を改善する治療器です。ハイフェムは運動ニューロンを選択的に活性化させ、通常の骨盤底筋体操では到達できない強力な筋収縮（超極大筋収縮）を引き起こします。このような筋収縮は膀胱を支えている骨盤底筋の筋力をつけ、排尿のコントロールを取り戻します。

治療に際して

本治療は、尿失禁症状の改善を目的とし、患者の症状を段階的に改善させていく治療方法になります。患者様の年齢、体重や重症度によって必要な施術回数や治療期間は異なります。尿失禁は完全に治る疾患ではありません。

1) 適応部位

骨盤底筋

2) 治療回数・治療間隔・所要時間

治療回数：通常は、1クール6回の治療を行います。患者様の状況によって必要な治療回数は異なります。

治療間隔：原則として、1週間に1回の間隔で治療を行います。

所要時間：28分

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 治療後、トレーニングをしたように筋肉痛が発生することがあります。

② 一時的な筋肉痙攣

③ 関節や腱における一時的な痛み

上記の副作用は通常4日間以内に治まります。

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 アルコールや煙草の摂取を控えること。

② 軽めの運動を心掛けること。

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. ペースメーカー

2. 除細動器、神経刺激装置のインプラント

3. 電子インプラント
4. 金属インプラント
5. 薬注ポンプ
6. 避妊器具
7. 骨端閉鎖をしていない部位（骨が成長中である）
8. 肺機能不全
9. 心臓機能障害
10. 出血状態
11. 血液凝固障害
12. 悪性腫瘍
13. 熱
14. 癲癇（てんかん）
15. 妊娠中の方
16. 生理中の方
17. 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る方

1. 本説明の内容にすべて同意できる方

エムセラ治療同意確認書

私は上記条件を満たし、内容を理解した上でエムセラによる治療を受けることを同意します。

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。

施設名：医療法人社団 みすまのさと会 アイ・ローズクリニック

院長： 安達 京

年

月

日