

治療同意書： 患者様（未成年は保護者様）が記入してください。

下記項目を読み、各事項を理解するとともに処方医の指示に従うことに同意する場合は文章の最初の数字に○を記入してください。もし理解しないことが一つでもあれば、この同意書に署名をしてはいけませんし、Roaccutane®を服用してはいけません。

1. 私 _____（患者様の氏名）は、Roaccutane®は有害作用を有する強力な薬剤であり、経口抗生物質を含む他の治療で良くならなかったニキビを治療するために使用することを理解しています。
2. 私は、妊娠している場合、Roaccutane®（イソトレチノイン）を服用してはならないことを理解しています。私は、妊娠する可能性がある場合、ならびに効果的な避妊法を使用していない場合、Roaccutane®を服用してはならないことを理解しています。
3. 私は、妊娠している場合または短期間であってもRoaccutane®を服用中に妊娠した場合、全ての胎児が奇形児となるとは限らなくとも、胎児に重度の先天異常が起こりうる危険性が極めて高いことを理解しています。
4. 私は、完全かつ一貫して性交渉を行わない限り、2種類の有効な避妊法を同時に使用しなければなりませんことを理解しています。
5. 私は、処方医との話し合いで、経口避妊薬と避妊製品の2種類の異なる方法の併用が最も効果的な避妊法であることを理解しています。1種類の避妊法しか使用しない場合に妊娠はより多く起こることも理解しています。したがって、2種類の異なる避妊方法を併用することが必須であると理解しています。
6. 私は、Roaccutane®の初回投与前の最低1ヵ月間、Roaccutane®投与期間中、Roaccutane®投与終了後1ヵ月間、上記に説明されている通り積極的に妊娠を回避しなければならないこと理解しています。
7. 私は、妊娠していないことと2回の妊娠検査で陰性であることを確信するまで、Roaccutane®を開始してはならないことを理解しています。
8. 私は、薬剤を他の誰とも共有してはならないこと、Roaccutane®の最終服用後1ヵ月は献血を行うべきではないことを理解しています。
9. 私は、万が一妊娠した場合、月経がない場合、そして避妊を止めた場合、直ちにRoaccutane®服用を中止し、処方医に連絡しなければならないことを理解しています。
10. 私は、Roaccutane®内服治療に伴う肝機能、腎機能への影響、および血液検査の必要性を理解しています。

11. 私はニキビ治療中、および治療終了後に処方医の判断に応じて症状の経過を写真撮影することを理解してます。患者様、個人を特定する情報（眼周囲、装飾品）を隠した写真のみ学会報告、ホームページ、SNSに症例掲載されることを承諾しています。

署名

日付

保護者（未成年のみ）署名

日付

住所

電話番号
