

## 自己血オゾン療法の検査・治療に関する説明書・同意書

以下に記載する事項は、自己血オゾン療法の治療時に、あなたが知っておくべき重要事項です。最後までよく読んで、あなたの担当医師とその内容について話し合っただけで十分に理解したうえで、末尾に署名して下さい。

### 1.提供される医療の内容

自己血オゾン療法は、日本においては認可を受けていない治療法ですが、イギリス、ドイツ、スイス、イタリア、オーストリア、ロシア等のヨーロッパ諸国では、補完治療として認知された治療法です。

自己血オゾン療法は、まず、左右どちらかの腕から、約100mlの血液を専用のオゾン耐性ボトルを用いて採血します。採取した血液に適切な量のオゾンを投与します。血液とオゾンが反応すると、血液が鮮やかな赤に変色しますが、色の変化は酸素によるものですから主たる作用機序とは関係はありません。

次に、オゾンを投与された血液をボトルから再び、体内に戻します。オゾンを投与された血液を体内に戻すことで、例えば、視界が明るくなる、冷え性の方などは身体がポカポカと温まるとの感覚が生じますが、これは、各種論文において酸素運搬の機能が高まった赤血球の働きによって体内に酸素がいきわたった効果、オゾンによる反応後の血液による血管拡張機能の効果であると報告されています。

2.当クリニックが施術する自己血オゾン療法は、日本において未認可の治療法であり、保険適用外の自費診療となります。

### 3.自己血オゾン療法の実施により期待できる効果及び予期される危険

当クリニックが施術する自己血オゾン療法は、各種学会等において医学的な効果が報告されていますが、治療効果には個人差があり、治療効果を保証するものではありません。また、他の治療法と同様に臨床例が積み重ねられた結果、将来的に現在の検査・治療に対する評価が変化することがあります。

### 期待できる生理的な効果

- ・全身の疲れ、筋肉の疲れの改善  
ダメージを受けた筋肉の修復の促進、乳酸の蓄積の減少による筋肉の老化予防
- ・細胞の活性化の促進  
細胞の呼吸の正常化、活性酸素の減少、各臓器と内分泌機能の代謝の亢進
- ・病気にかかりにくい体質への改善  
インターフェロンの産生の促進・免疫機能の活性化、体内の免疫機能、デトックス機能の活性化
- ・手足の血液循環の改善
- ・血液のアンチエイジング

### 予期される危険

2000年以降は、オゾン耐性の器具が開発されたことにより、オゾンによる作用を原因とする重篤な副作用は現時点では発生していません。しかし、使用する抗凝固剤(返血する際に血液が凝固しないために一般的な輸血などで使用されている薬剤)の副作用が発生する場合があります。抗凝固剤による副作用は、製薬会社の資料によると、頻度は不明ですが、循環器、呼吸器に現れる場合、ショック症状があるとされています。なお、当院は、副作用に対する万が一の救急対応の薬剤や設備を整えています。その他、医師の指導に従わない場合には、治療効果を得られないだけでなく、障害が発生する場合がありますので、必ず担当医師の指導に従って下さい。また、検査・治療の過程で異常を感じた場合には、必ず医師の診断を受けて、その指示に従って下さい。

裏面に続く

4.他の治療法の有無、内容、他の治療法により予期される効果及び危険との比較

自己血オゾン療法の適用疾患は多いため、一概に比較ができません。選択できる治療法については、担当医師とよくご相談下さい。

5.患者さまは、自由に自己血オゾン療法を受けることを拒否する又は撤回することが可能です。

6.自己血オゾン療法を受けることを拒否する又は撤回することにより、当クリニックは患者さまに対して不利益な取扱をいたしません。

7.本同意は撤回することができます。ただし、既に当クリニックにお支払いいただいた検査費用、治療費等全ての費用は、検査後又治療後は一切返金いたしません。

8.当クリニックで治療等を受ける者の個人情報の保護に関する事項

当クリニックの個人情報取扱規程に定めていますのでご確認下さい。

9.苦情及び問合せへの対応に関する体制

当クリニックにお問合せ下さい。

10.自己血オゾン療法を施術される場合には、G6PD欠損症の有無の確認が必要となるため、当院では初回治療の際に採血をさせていただいております。

11.<禁忌>

- ・甲状腺機能亢進症の方
- ・G6PD欠損症の方
- ・妊娠中の方

## 自己血オゾン療法の検査・治療同意書

私は、私の現在の症状や既往症など担当医師から尋ねられた事項について正確な事実を告げたくて、担当医師と上記説明も含め自己血オゾン療法について話し合い、上記内容を十分に理解し、同意いたしました。そのうえで、私は、自らの判断で、本治療を受けることを決定いたしました。

年 月 日

患者氏名

\_\_\_\_\_

\*18歳未満の方は保護者の（18歳未満の方のみ）  
同意書が必要です。 保護者氏名

\_\_\_\_\_

お預かりした個人情報は「にしたんクリニック」の全ての医院で共有いたします。予めご了承下さい。



Nishitan Clinic  
にしたんクリニック

医療法人社団直悠会 にしたんクリニック