



歯ぎしり・食いしばり・顎関節症

ボトックス治療同意書



当院では韓国製ボツリヌストキシン製剤「ボツラックス® (Botulax)」を使用します。

ボツラックス®を咬筋（かむ筋肉）などに注射し、筋肉の過度な緊張を和らげることで、

歯ぎしりの軽減

食いしばりの軽減

顎関節症による痛みの緩和

顎のだるさ・疲労感の改善

咬筋肥大(エラ張り)の改善

を目的とした治療です。本治療は症状の軽減を目的とするものであり、効果には個人差があります。



1. 治療について

使用薬剤：ボツラックス® (Botulax)

ボツリヌストキシンを咬筋（かむ筋肉）を中心に、必要に応じて側頭筋などへ注射し、筋肉の緊張を和らげることで、症状の改善を目指します。

- 麻酔 : 通常は麻酔不要
- 痛み : 注射時に軽度の痛みを伴うことがあります



2. 効果について

- 効果発現 : 3週間後から効果を実感できます
- 効果持続 : 通常 6 か月程度
- 再治療 : 症状の再発時には再治療が可能です
2回目以降の施術については、
6か月程度経過後、Drと相談の上決めます。

※繰り返し治療により効果が安定する場合があります。



3. 副作用について

以下の症状が生じることがあります。

- ☐ 注射部位の痛み
- ☐ 赤み・腫れ・内出血
- ☐ かゆみ
- ☐ 筋肉痛
- ☐ 一時的な咬む力の低下
- ☐ 顎の違和感や疲労感

まれに頭痛、めまい、アレルギー反応が起こることがあります。



4. 治療を受けられない方

- ☐ 妊娠中または授乳中の方
- ☐ 本剤に対するアレルギー歴のある方
- ☐ 重度の筋疾患のある方
- ☐ 医師が不適当と判断した方

5. 妊娠・避妊について

治療期間中および最終投与後の避妊について、
以下の期間は避妊してください。

女性

治療期間中および
最終投与後 2 回の月経を経るまで
避妊してください。

男性

治療期間中および
最終投与後 3 か月間は
避妊してください。



6. 事前にお申し出ください

以下に該当する方は必ずお知らせください。

- ☐ 妊娠の可能性がある方
- ☐ 他院でボツリヌストキシン治療を受けている方
- ☐ 緑内障のある方
- ☐ 呼吸器疾患のある方
- ☐ 現在服用中のお薬がある方
(抗生物質、筋弛緩薬、精神科薬など)



7. 治療後の注意事項

- ☐ 注射部位を強く揉んだり押したりしないでください。
- ☐ 異常を感じた場合は速やかにご連絡ください。

同意確認

私は、上記の治療内容・効果・副作用および注意事項について、
十分な説明を受け、内容を理解したうえで治療を希望します。

日付： 年 月 日

氏名： _____



医療法人 谷 歯科医院

〒591-8007 大阪府堺市北区奥本町1丁15
TEL: 072-253-4180

院長

谷 佳 憲