

# 同意書

私は今回、医師 丸山成一より【医療レーザー脱毛】について、その方法・効果・副作用・ダウントIMEなど説明を聞き、理解いたしました。その上で、この治療を受けることに私は同意いたします。

- ◆ 当院では厚生労働省の医療機器承認を取得した、米国キャンデラ社製 GentleMax Pro レーザーで、ロングパルスアレキサンダライトレーザー (755nm) およびネオジウムヤグレーザー (1064nm) を搭載した医療用レーザー脱毛機です
- ◆ 毛には成長期(毛が伸びる時期)、退行期(毛が抜け落ちる時期)、休止期(休んでいる時期)があります。レーザーに最もよく反応するのは成長期で、休止期には反応しません。そのため毛周期に合わせ、複数回レーザーを照射することで、減毛していきます。

## ◆ リスク・副作用・合併症

発赤、紅斑、浮腫、かゆみ、毛囊炎、炎症性反応、毛穴まわりの炎症、痂皮形成、水疱形成、紫斑、熱傷、凍傷、色素沈着、色素脱失、瘢痕形成、ケロイド形成、硬毛化(毛が濃くなる・硬くなる・太くなる・長くなる)、別の部位から発毛が促される可能性、自分が想定していた脱毛結果、満足など異なる可能性があります。

## ◆ 下記に当てはまる項目がある場合、施術前に必ず申告いたします。

※該当されない場合は「該当なし」にチェックをお願いします。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2ヶ月以内の日焼け                              | <input type="checkbox"/> B型肝炎、C型肝炎、HIV                                   |
| <input type="checkbox"/> 光線過敏症                                  | <input type="checkbox"/> その他、感染症歴( )                                     |
| <input type="checkbox"/> 単純ヘルペス1型・2型の活動病変                       | <input type="checkbox"/> 薬剤・サプリメントの服用(免疫抑制剤、抗凝固剤、ステロイド製剤、鉄剤、イチョウ葉サプリメント) |
| <input type="checkbox"/> 治療部位の悪性腫瘍                              | <input type="checkbox"/> 金属剤の利用<br>(抗リウマチ薬:シオゾール、オーラノフィン)                |
| <input type="checkbox"/> 刺青(タトゥー)                               | <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン剤の服用(ゼスラン、ニポラジン)                          |
| <input type="checkbox"/> 真皮性の色素斑部位                              | <input type="checkbox"/> 抗菌剤の服用(ニューキロノン系)                                |
| <input type="checkbox"/> 開放創・感染創がある                             | <input type="checkbox"/> 降圧剤の服用(チアジド系、フロセミド)                             |
| <input type="checkbox"/> 金の糸挿入部位がある                             | <input type="checkbox"/> 向精神薬の服用(ウインタミン:クロルプロマジン)                        |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中                                    | <input type="checkbox"/> てんかん治療薬の服用(テグレトール)                              |
| <input type="checkbox"/> 光過敏性発作                                 | <input type="checkbox"/> モーラステープの利用(消炎鎮痛剤:ケトプロフェン)                       |
| <input type="checkbox"/> フィラー注入部位                               | <input type="checkbox"/> いずれも該当なし  |
| <input type="checkbox"/> ケロイド体质                                 |  |
| <input type="checkbox"/> 金属系インプラント材料(歯科材料、<br>ペースメーカー、チタンプレート等) |  |

## ◆ 施術後に気をつけていただきたいこと

- ・日焼け
- ・毛抜きや家庭用脱毛器での自己処理
- ・施術当日の入浴(シャワーのみ可)
- ・治療当時の飲酒や運動など血行が良くなる行為
- ・搔いたり擦ったりする行為

その他皮膚に異常を感じたらすぐに受診をしてください。

## ◆ 治療中に撮影した写真を医学の進歩、HP、各種SNS、広告、パンフレット等のために使用することを許諾いたします。

※お写真はプライバシー保護のため、個人が特定されないよう慎重に扱います。

※掲載後に使用の取り下げを希望される場合は、お申し出ください。

年　　月　　日

ご署名 \_\_\_\_\_

保護者ご署名 \_\_\_\_\_

\*当院では未成年の方は保護者のご署名がないと施術出来ません。