

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・ダウンタイムなど説明を聞き、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ドライトレーザー（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、満足などと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 |
| <input type="checkbox"/> 刺青（タトゥー） | （抗リウマチ薬：シオゾール、オーラノフィン） |
| <input type="checkbox"/> 真皮性の色素斑部位 | <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"/> 開放創・感染創がある | <input type="checkbox"/> 抗菌剤の服用（ニューキノロン系） |
| <input type="checkbox"/> 金の糸挿入部位がある | <input type="checkbox"/> 降圧剤の服用（チアジド系、フロセミド） |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中 | <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"/> 光過敏性発作 | <input type="checkbox"/> てんかん治療薬の服用（テグレトール） |
| <input type="checkbox"/> フィラー注入部位 | <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"/> ケロイド体質 | <input type="checkbox"/> <u>いずれも該当なし</u> |
| <input type="checkbox"/> 金属系インプラント材料（歯科材料、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
- ・掻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。