

医療レーザー脱毛に関する同意書

◆当院のレーザー脱毛について◆

ヤグレーザー/アレキサンドライトレーザーを毛に照射することで、毛包を選択的に破壊し、長期的に減毛させるものです。毛の生えるサイクルに合わせて、複数回の施術をおこないます。効果や施術間隔、施術回数には個人差があります。

◆絶対禁忌事項◆禁忌事項に該当する方は、この治療を受けることができませんのでご了承下さい

<input type="checkbox"/> 光感受性が高い/高光感受性の医薬品の使用	<input type="checkbox"/> 抗凝固薬投与中の方
<input type="checkbox"/> 1か月以内の積極的な日焼け（海外旅行、海、山、ゴルフ、日焼けサロンなど）	<input type="checkbox"/> ペースメーカー・ICD 挿入中の方
<input type="checkbox"/> 活動性の感染	<input type="checkbox"/> 色素性母斑（異形成）
<input type="checkbox"/> 皮膚がん（皮膚がんの既往歴又は治療部位に前がん病変がある場合）	<input type="checkbox"/> タトゥー・アートメイクの部位
<input type="checkbox"/> リウマチ等で金製剤の使用歴	<input type="checkbox"/> 著しい皮膚症状又は炎症性の皮膚症状
<input type="checkbox"/> てんかんの既往のある方	<input type="checkbox"/> 活動性のヘルペス、裂傷又は擦過傷の部位
	<input type="checkbox"/> 慢性の感染症、ウイルス、真菌、または細菌感染症
	<input type="checkbox"/> 妊娠および授乳中の方

◆相対禁忌事項◆

- 体調不良の方（二日酔い・風邪・胃腸炎・疲労等）
- 伝染性疾患の方、感染症を発症している部位
- 予防接種 3 日以内
- 日焼けの直前直後（施術 2 週間前からの日焼けはしないようにしてください。）
- 炎症、傷のある、その他皮膚疾患の方（炎症性ニキビ・アトピー等）
- ケロイド体質
- 刺青やタトゥーの上およびその周辺
- 皮膚浅層にコラーゲン注入等をされている箇所
- 皮膚代謝の変化をきたす薬剤治療を受けている方（レチノール配合・ハイドロキノン配合）
- 美容レーザーやピーリングなど美容施術を 1 か月以内に受けた方
- 当院以外で 6 週間前に機械的、又は化学的な脱毛を行った方
- 心疾患 自己免疫疾患 糖尿病

◆合併症について◆

- ・疼痛：照射中と照射後 1 日程度は感じる場合があります。
- ・発赤、腫脹、かゆみ：レーザーへの正常な反応として、照射後数日間は照射部位に赤みや腫れ、かゆみが生じることがありますが自然に軽快します。
- ・乾燥：一時的に乾燥が増しますので保湿を強化してください。

◆稀な合併症について◆

- ・遅延性発赤、腫脹：赤みや腫れが長引く場合があります。
- ・毛嚢炎：毛穴に沿ってかゆみを伴う発疹が出る場合があります。通常**1**週間程度で自然に軽快します。
- ・熱傷：非常にまれですがやけどを起こすことがあります。
- ・痂皮形成：毛嚢炎や熱傷など強い炎症が起こった場合、かさぶたを生じることがあります。

無理にはがさないでください**1**週間から**10**日程度で自然に脱落します。

・色素沈着：強い炎症が起こった場合、施行後**2**週間から**2**か月の間に顕著になる場合があります。通常時間が経てば改善します。

改善には**3-6**か月かかる場合があります。

- ・色素脱失や白斑：毛嚢炎や熱傷など強い炎症が起こった場合に、生じることがあります。通常は時間をかけて自然消滅しますが、偶発的に発生した他の色素脱失性皮膚疾患との鑑別が困難です。
- ・肥厚性癬痕やケロイド：元の体質によりますが、毛嚢炎や熱傷など強い炎症が起こった場合、生じる可能性があります。生じてしまった場合は治療が困難な場合があります。
- ・硬毛化：体質や肌質の個人差により、非常に稀ですが脱毛前より太い毛が生えることがあります。未だに原因が解明されていないため対処方法がないのが現状です。

上記のようなことが起こった場合は飲み薬や塗り薬が必要であったり、今後の対応を検討する必要がありますので、早めに当院へご連絡下さい。

◆注意事項（よくお読みください）

1. 脱毛期間中に他院から定期的に処方されるお薬が新たに始まったり、お薬の内容が変わった場合はお知らせ下さい。薬によっては脱毛と相性の悪いものや休薬が必要なものもございます。またアートメイク・タトゥー・美容施術・手術（美容外科手術を含む）についても同様ですのでお知らせ下さい。部位によっては施術が不可能になったり、施術**1**回分が無効になる可能性があります。

2. 脱毛治療中は、過度な日焼けはお控え下さい。レーザー照射の前後**2**週間は日焼けを避けるようお願いいたします。日焼けによりレーザー照射リスクが高くなる場合は、当院の判断で照射を避ける場合がございます。

3. 照射後は肌が敏感な状態になる上乾燥しやすくなりますので、過度な摩擦は避け、保湿を強化してください。

脱毛期間中は副作用のリスクを減らし、治療効果を上げるために、必ず日焼け止めを塗ってください。（SPF25以上）

4. 照射当日の入浴は軽くシャワーで洗い流す程度にしてください。また、赤みが引くまで強い刺激になる行為（タオルやスポンジなどを使用して強く洗うなど）は避けてください。なお、下着や衣服による摩擦も毛嚢炎や色素沈着の原因になることがありますのでタイトな服装は**1**週間ほどお控えください。

5. 温泉・プール・さうな・岩盤浴などのご利用は、赤みなどの合併症が治まってからにしてください。

6. 看護師の担当制・指名制は行っておりません。

7. むだ毛の脱毛・減毛率は各部位により異なり、複数回の治療が必要を必要とします。

8. 医療レーザー脱毛は一般的に最低**6-8**週間は空けての反復照射が必要です。毛には毛周期があるため確実な脱毛を行うためには比較的薄い体毛で**5**回以上の照射、**VIO**などの濃い体毛の部分や顔などの産毛が多い部位は**10**回程度の照射が必要になります。またレーザーの反応には個人差があるため、十分な効果を実感するにはそれ以上の回数が必要なことも

あります。

9.レーザー脱毛期間中は、毛抜き・ワックスおよび脱色素剤の使用は避けてください。

10.施術前のご自身での剃毛が十分でなく、施術当日に施術者が剃毛を行う必要がある場合は剃毛にかかる時間分、施術時間が短くなります。剃り残しはお手伝いしますが範囲により料金が発生します。

剃毛が不十分であった結果として施術時間内に照射が完了しなかった場合においては、照射できなかった部位は別日の照射となります。照射予定の部位は産毛も含め必ず剃毛してからご来院ください。

※当院では衛生面を考慮し **VIO** 用にシェーバの刃を購入して頂いています。(¥1650) 毎回刃をご持参ください。

ご自身の **I** 字の電動シェーバをご持参いただくことも可能です。

11.当院では、照射範囲に応じて施術枠を設けております。予約の **15** 分前にご来院ください。施術予約時間から遅れて来院された場合は、遅刻料金がかかります。また、施術関係上、ご希望の部位全ての照射が終わらない可能性があります。

その場合においても、施術は照射扱いとなりますので余裕をもってご来院ください。

交通機関の遅れによる遅刻に関しては、遅延証明書をご提示いただければ、当日照射できなかった箇所を別日に照射いたします。

12.施術介助の為に介助者が同席することがあります。

13.目を保護するために、レーザー照射中はゴーグルやタオルなどを装着して頂きます。

14.施術後に縦線状に毛が残っており、当院におけるレーザー打ち漏れと判断した場合、照射後 **28** 日以内で次回予約までに十分な余裕がある時に当該部位の再照射を無料で行います。該当箇所は自己処理せずに診察にお越しください。まばらに毛が残っている場合は正常な施術結果です（施術後に新しく成長期となる毛がまばらに生えるため）ので、残った箇所無償で施術することはできません。 ※**VIO** は照射漏れ対応は行っておりません。

15.契約期間中に妊娠が判明した場合は速やかにその旨をお申し出ください。契約期間を延長することも可能です。その他、入院など個人的事由による予見不可の出来事があった場合も、考慮させていただくこともありますのでご相談ください。

16.やむを得ず予約を変更される場合は、予約 **2** 日前までにお電話ください。予約 **2** 日前以降のキャンセル、または無断キャンセルの場合はキャンセル料が発生します。(1 日前：¥1000 当日：¥2000 無断キャンセル：¥3000)

予約 **2** 日前までにご連絡いただければ無料で予約キャンセル・変更が可能です。

17.契約期間は施術開始日より **3** 回→**9** か月 **6** 回→**1** 年半 **10** 回→**2** 年半になります。

◆承諾事項◆

治療に際しては、可能な限りリスクに対する予防策を講じて治療に当たりますが、偶発的または想定外のことを **100%** 防ぐことは不可能であることをご了承ください。

治療中または経過において万が一、副作用、合併症が起こった場合当院にて治療を行います。過失なき場合の治療費の返金、追加費用の負担、休学、休職による逸失利益の請求には応じられません。

また、治療効果には個人差があります。効果不十分であっても追加治療には別途料金が必要になります。

治療後、不明な点があった場合は必ず当院に連絡をいれその指示に従うことを約束します。

私は治療契約前にこれを読み、充分理解し、本同意書記載内容を承諾致します。

また、治療に関する質問も尋ねる機会があり、それは解決されたと認めます。

初回予約日 : 月 日 時 分 契約期間 : 年 月

日

※本日お支払いいただいたカウンセリング料金領収書を必ずご持参ください。

※お電話予約は月～金（休診日を除く）9：00～16：30でお願いします。

医療脱毛同意書

私は、「医療脱毛同意書」の内容を理解し、医療脱毛レーザーを受けること同意します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____

※以下、本人が未成年（18歳未満）の場合、保護者の方が署名下さい。

本人が未成年者のため、この治療を受けることを承諾します。

年 月 日

氏名 _____ (続

柄 _____) _____