



## レーザートーニング・シミ取りレーザー 同意書

- ☐ レーザートーニングは、お顔にレーザーを照射する施術ですが、お顔全体の毛穴の引き締め効果、脱毛効果、くすみ取り効果が期待されるものです。シミ取りレーザーは、希望部位のシミにアレキサンドライトレーザーまたはQスイッチNd YAGレーザーを照射し、シミ取り効果が期待されるものです。
- ☐ レーザー照射後7～14日間程度でシミの色調が濃くなり、かさぶたを形成する場合があります。2回目のレーザー照射以降は徐々にシミのレーザー照射に対する反応が乏しくなることや、薄いシミは反応しなくなることがあります。レーザー照射後は、リンデロンVC軟膏を1～2週間程度、当クリニックの推奨する方法によって塗っていただくようお願いいたします（ステロイドのアレルギーがある方、ご使用を控えられたい方は、事前にお申し出ください）。
- ☐ レーザー照射後は、日常的なスキンケアを行い、肌の保湿を十分に行ってください。日焼けや肌への刺激を加えますと、色素沈着を生じる可能性があります。治療期間中は、肌の紫外線対策を十分に行ってください。日焼けの状態によっては、当クリニックの判断によってレーザー照射を延期する場合があります。シミ取りレーザー照射後4週間は、肌のマッサージやヒーリング等避けてください（4週間を経過した後でも、肌に何らかの異変が見られた場合には、直ちにこれらを中止し、状況に応じて当クリニックにご相談ください）。
- ☐ 施術の効果や、効果が出るまでに必要となる施術の回数には、個人差があります。また、施術により解決された問題等が再発することもあるため、ご了承ください。次の施術で来院いただく際には、施術間隔を守っていただくようお願いいたします。
- ☐ 残したいホクロ・アートメイク・髪などがある場合は、必ず施術前に医師・看護師にお知らせください。ただ、ご希望にそったレーザー照射を行いました場合には、当初期待されていた効果が出ない箇所や、効果が減退する箇所が発生するなど、逆にご期待に添えない面も出てまいります。予めご了承ください。
- ☐ レーザー照射後に赤み、腫れ、毛丞、水泡などの軽重問わないやけどの症状や、炎症後色素沈着、色素脱失、増毛化、硬毛化、薬剤性光過敏症などを起こす場合があります。他院でレーザーを受けられて上記のような症状が出たことがある方や、そのような経験はなくても敏感肌の傾向がある方は、事前にお申し出ください。炎症後色素沈着は、場合によってはもとのシミより濃くなる場合があります。3-6ヶ月程度かけて徐々に改善してくる場合もありますが、色素沈着等が残ってしまう場合もあります。扁平母斑など、疾患によっては、もとの状態より濃くなることや再発することもあります。
- ☐ レーザー照射後、皮膚トラブルが生じた場合、当クリニックにおいて診察させていただきますので速やかに受診をお願いいたします。※この受診に関連する費用は、すべてご自身でご負担いただく必要があります。例示として、診察には診療代がかかり、薬等が処方される場合には薬代も別途かかりますので、ご了承ください。
- ☐ 下記に該当する方、既往歴・現病歴・現在内服中のお薬があれば、必ず事前にお申し出をお願いいたします。  
【禁忌】リウマチ治療等に金製剤による治療歴がある方、光アレルギーの方、過度な日焼けをされている方、尋常性白斑の方、妊娠中の方、てんかん・癌、感染症を持病にお持ちの方、金の糸が入っている方は施術をお断りしております。治療部位に傷や皮膚腫瘍がある方、ペースメーカーや除細動器を入れている方、金属やシリコンがある方も、施術をお断りしております。  
【要相談】日焼けをされた方（スキントーンが暗い方）、お肌の乾燥が強い方、心臓疾患のある方、出血性疾患のある方、糖尿病の方、ケロイド体質の方、単純ヘルペスの活動病変がある方、授乳中の方、リウマチの既往歴がある方は、施術を受けていただけない場合があります。
- ☐ 授乳中の方は、トラブルが起きた際に内服薬の制限があるため出力を上げられない場合があります。
- ☐ レーザーや医療機器は、いずれも精密機器です。万が一、機器にトラブルがあった際には、同日に治療を受けていただけない場合がございますので、ご了承ください。
- ☐ 施術ご案内用紙の内容も併せてご参照いただき、施術後の注意事項の厳守をよろしくお願いいたします。

私は上記内容を理解し、自分自身の意思で施術に同意いたします。

本人（18歳未満の場合は、法定代理人欄の両方にご署名が必要です）

記入日：西暦

年

月

日

|     |      |     |
|-----|------|-----|
| 氏 名 | フリガナ | 押 印 |
|     |      |     |

法定代理人（親権者・後見人・保護義務者あるいは保証人）

記入日：西暦

年

月

日

|     |        |     |
|-----|--------|-----|
| 氏 名 | フリガナ   | 押 印 |
|     | (続 柄 ) |     |

MEDICAL EPILATION CLINIC 心斎橋院 院長 窪田 昭男  
大阪府大阪市中央区心斎橋筋2丁目7-18 プライムスクエア心斎橋 8F  
TEL:06-6211-2811

以上の内容について私が説明して患者様の同意を確認し、且つ診察しました。

担当医