

レーザー脱毛 同意書

脱毛治療について、以下の説明を十分に受けています。

- 1) この治療は、レーザーを照射することによって、毛の再生にかかわる部分にダメージを与え、永久的な脱毛を目的とした治療です。
- 2) 治療部位の毛周期に合わせて、複数回の治療をすることで、永久的な脱毛をしていきます。治療回数の目安は、個人差によりますが、おおよそ6～8回です。
- 3) おおよその治療時間は、片方のワキで5分程度、両ひざ下で20～30分程度です。
- 4) 通常麻酔は必要ありませんが、痛みが強い場合は、痛みを軽減する処置を行います。
- 5) 脱毛治療後は、毛孔周辺に赤みや丘疹(熱による軽い炎症)が起こる場合があります。通常、数時間～48時間以内に消失します。
- 6) 照射後、赤みなどの強い炎症反応が出る場合があります。必要な場合は、外用薬を処方しますので、指示した期間塗布してください。
- 7) 治療の経過により、水泡・痂皮・色素沈着が生じた場合は、必要な治療を行いますので、当院の指示に従ってください。
- 8) 当日は、シャワーのみ可、入浴は翌日から可能です。
- 9) 肌の色の濃い箇所や、日焼けをしている場合は、治療を行わないことがあります。
- 10) しみやほくろ、もしくは皮膚疾患のある箇所は、治療を行わないことがあります。
- 11) ペースメーカー、埋め込み式除細動器を入れている方、糖尿病など創傷治癒に問題がある方、妊娠中の方、妊娠の可能性が疑われる方も治療は行いません。
- 12) レーザー治療後、患者様によっては増毛、硬毛、多毛になる可能性があります。その際は医師、スタッフの指示に従ってください。

以上の内容につき、納得理解いたしましたので、治療を受けることに同意いたします。

年 月 日

本人 住所 _____

氏名 _____ (印)

保証人* 氏名 _____ (印)

(※治療を受ける者が未成年者の場合、保証人の欄に署名と捺印をお願いいたします)

おのクリニック美容皮膚科 医師 _____ (印)