

脱毛同意書（えいご皮膚科）

1. レーザー脱毛は、施術者と受けられる方との協力で行われる方法です。最善の状態での脱毛を完了いただけるよう施術者の指示にご協力ください。
2. 料金について
料金やコース変更は途中でできません。治療期間は個人差があり、当初の予定より延びることがあります。
3. 禁忌事項
 - a. ケロイド瘢痕化の既往
 - b. 過度の日焼け
 - c. ペースメーカー装着および重篤な疾患
 - d. 妊婦または妊娠の可能性のある方
 - e. 治療開始前6ヶ月以内の経口トレチノインの内服、および、薬やサプリメントの服用中
4. 治療中、あるいは治療後、まれに以下の症状がみられることがあります。
 - a. レーザー照射時、ひりひりした痛みやかゆみなどの不快感を感じることがあります。
 - b. 毛のう炎、かさぶた、もしくは水ぶくれなどができる場合があります。
 - c. 治療部位に色素沈着および色素脱失の変化が起こることがあります。通常3~6ヶ月で薄くなりますが、まれに色素変化が恒久的になる場合もあります。
 - d. 瘢痕が起こる可能性があります。瘢痕が起こる可能性を少なくするには、治療後の指示全てに注意深く従っていただくことが肝要です。
5. 処置後に日焼けをしたり、搔くことなどによりできた傷は痕が残る場合があるので、十分に気をつけてください。少しでも気になることがあれば遠慮なく速やかに連絡をお願いします。必要な場合には最善の処置をおこないますが、指示どおりにされなくてできた痕などに関しては責任を負いかねます。また、処置を必要とした場合は、治療費のご負担をいただく場合がございます。万が一副作用などがあれば当院で責任をもって処置をいたしますので、他の病院などでかかった治療費などはお支払いしかねます。
6. ごくまれに毛が濃くなる場合があります。世界的にどの機械でも起こりうる可能性があると言われてはいますが、はっきりした原因はわかりません。その場合には通常よりも施術回数が増えることがあります。
7. 施術前後に経過や効果の判定のために写真を撮らせていただく場合がございます。
8. 病気（飲み薬や塗り薬の使用）や妊娠など、体に変化があった場合は随時、必ずお知らせください。
9. 他にも予期せぬ症状がみられる場合もありますが、よい肌を目指すために最善の対処を行います。

上記の内容について確認しましたので、医療レーザー脱毛を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

住所

自筆サイン

保護者（未成年の場合）

住所

保護者サイン