

医療レーザー脱毛同意書

医療レーザー脱毛は、毛のメラニンにレーザーが反応することで毛根周囲に熱変性を起こし、毛を生えにくくします。

【脱毛前の注意事項】

- ・前日までに脱毛部の剃毛をお願いいたします。脱毛治療中は、毛穴の中に毛がない状態ではレーザーが反応しません。毛抜きやワックスは使用せず、シェーバー等で剃毛の上、来院をお願いいたします。
※当院での剃毛が必要となった場合は別途料金をいただいております。
- ・日焼けした肌にも使用できる機器ですが、ごく稀にレーザーの反応が強くなる場合があります。脱毛部分の日焼けは極力お控えください。
※施術当日のお肌の状態によっては照射をお断りする場合があります。
- ・妊娠中、授乳中の方はご注意ください。レーザー脱毛が母体や胎児に影響を与える事例はありませんが、脱毛時の刺激によるストレスやホルモンバランスの変化により、お肌が過敏になり、肌荒れを起こしやすくなるなどお身体の変調を考慮し、ご遠慮いただいております。また、体勢に負担がかかることもありますので、妊娠中またはその可能性がある時の脱毛はお休みください。
- ・脱毛部位に日焼け止めや化粧品(化粧水等を含む)が残っていると、レーザーが成分に反応して熱傷を起こす可能性があります。照射前に必ず落としてください。(施術前にパウダールームで落としていただけます。)
- ・生理中は衛生面の観点から、V・I・Oラインの照射は避けさせていただきます。全身脱毛の際はタンポンを使用していただき難しい場合はお尻周りの照射はできませんのでご了承ください。
- ・お使いいただいているお薬によっては、当日施術ができない場合があります。

【施術中の注意点】

- ・照射中は骨ばっている箇所(肘、膝、手首、足首、鎖骨、肋骨、手足の指、手の甲など)、色素沈着のある箇所(膝裏、鼠蹊部、臀部下など)、毛の濃い部分に強い痛みを感じることがあります。痛みを感じましたら遠慮せずにお申し付けください
- ・照射を避けたい場合は保護シールを貼り、避けて照射させていただきます。事前にお申し付けください。

【脱毛後の注意点】

- ・赤みが増す場合がありますので、脱毛当日はシャワーとし、入浴はお控えください。こすりすぎにも注意してください。激しい運動、サウナもお控えいただき、医師の指示に従ってください。
- ・照射後(脱毛後)は肌が乾燥しますので、十分な保湿でのスキンケアを行ってください。低刺激のものを推奨します。
- ・照射後は日焼けしないよう、日焼け止めの使用や長袖、長ズボン等の着用で日焼けを予防してください。
- ・ケミカルピーリング等、脱毛部位の肌に刺激を与える行為は3～4週間以上が経過してからにしてください。
- ・レーザーに反応した毛は徐々に抜け落ちますので、無理に抜いたりしないでください。個人差がありますが抜け落ちるのに3～4週間かかる場合もあります。気になる場合は、シェーバー等で処理をしてください。
- ・部位・太さ・毛周期等により1本ずつの毛の反応が異なり、ごく稀ですが脱毛効果のない毛もあります。

【副作用】

- ・照射後には一時的にレーザーの効果による赤みやかゆみが生じる場合がありますが、1～2日で消失することが殆どです。
赤みが長時間続くことで色素沈着(皮膚の色が濃くなる)が残る可能性があります。
- ・照射後には毛嚢炎(吹き出物)ができる場合がありますが、1週間程度でおさまります。
- ・肌の状態によって軽い熱傷が生じることが稀にあります。
- ・ごく稀ではありますが色素脱失(皮膚の色が抜ける)や、毛の白髪化などの症状がでる可能性があります。
- ・脱毛治療の過程の中で、硬毛化の可能性(毛質が太くなる)があります。
- ・照射後のお肌はデリケートな状態になっているため、触ったりなど刺激を与えることで、皮膚を傷つけ色素沈着になる可能性があります。
- ・母斑照射は色調変化の可能性があります。
- ・治療には副作用が発症する可能性があることもご理解いただいた上でお受けください。
- ・治療効果をご期待に添えない場合や副作用が発症した場合でも治療費の返還はありません。
また、副作用に関わる治療費は患者様ご本人のご負担になりますことをご了承ください。

【脱毛回数・間隔】

- ・毛周期(毛が生えてくる周期)に合わせて1カ月半から2カ月毎に1回のペースで施術を行います。
- ・平均的に5～6回で満足のいく結果を得られますが、効果には個人差があります。

【ご予約・キャンセルについて】

- ・次回の施術間隔は1ヶ月を空けてください。施術後1か月以内の施術はできません。
- ・医療レーザー脱毛は定期的な来院が必要な施術なので、ご予約が早めに埋まってしまうことがあります。
- ・予約日時の24時間前までに(休診日・休診時間を除く)お電話にて変更またはキャンセルのご連絡がない場合、2,000円のキャンセル料を頂いておりますのでご了承ください。

以上の内容を十分に理解しましたので、施術を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

ご本人様氏名:

㊞

保護者様氏名:

㊞

※治療を受ける方が未成年の場合、保護者様の欄に署名・捺印をお願いいたします。