

# レーザートニング施術同意書

QスイッチYAGレーザーの照射により、肝斑や色素性疾患を複数回の治療でダウンタイムを最小限に改善することを目的とした治療です。1回で全ての症状を改善するのではなく、複数回の治療を根気よく継続することにより少しずつ穏やかに改善していきます。しみの完治を目的としたものではなく、あくまでも色調を薄くし整えていくことが治療の目的となります。

## 【施術前の注意事項】

- ・施術前、メイクはしっかり落としてください。お顔の施術の場合、眼球の上(まぶた)は施術できません。
- ・日焼け直後、創傷などの傷がある場合は施術できません。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。母体や胎児に影響を与える事例はありませんが、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、施術はできません。
- ・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。
- ・ピーリング剤やトレチノイン、ディフェリンの治療をしている方は施術2週間前から使用を中止してください。施術後の再開は刺激症状が消失し、かつ施術1週間を経過してからでお願いいたします。
- ・治療及び施術内容、部位、お肌の状態によって施術前及び施術後に写真撮影させて頂くこともございます。個人情報保護の観点からWEBの掲載や第三者への開示はいたしませんのでご安心ください。当院にて厳重に管理いたします。

## 【施術中の注意点】

- ・レーザー照射中は、パチパチとしたはじけるような痛みを感じることがあります。パワーの調節などもできますので我慢せずに施術者にお申しつけください。
- ・大きなホクロ、開いた傷、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。

## 【施術後の注意点】

- ・シャワーは当日から可能ですが、入浴は翌日から可能です。
- ・施術後はすぐにメイクをしてお帰りいただけます。
- ・照射は触るなどの強い刺激を与えると炎症が促進され、副作用が発生する可能性があります。照射後から数日間は刺激の強い化粧品や洗顔料などを使用しないでください。
- ・施術後は肌の日焼けや、日焼けによるダメージを受けやすくなります。日光への過度の暴露を避け、日焼け止め(\*SPF30以上を推奨)を使用してください。
- ・一時的に肌が乾燥しやすくなります。化粧水、乳液、クリーム等で通常よりもしっかりと保湿をしてください。低刺激のものを推奨します。
- ・トラネキサム酸、ビタミンC、ビタミンEの内服、ハイドロキノンの外用、エレクトロポレーションでの薬剤導入をお勧めしております。これらは肝斑や色素性疾患の治療効果を持ちますが、レーザートニングに組み合わせることで、レーザーの効果を増大するだけでなく炎症後色素沈着などの合併症の防止に役立ちます。
- ・トリートメント後の2週間は積極的なピーリング、ワックス脱毛、酸の入った製品の使用を避けてください。
- ・塗り薬等の休薬期間はスタッフの指示に従っていただきますようお願いいたします。

## 【副作用】

- ・照射後、火照り、ピリピリ感、赤み、かゆみ、一過性の湿疹、ニキビ、膨疹のような症状、熱傷、炎症後色素沈着、脱色素斑を起こしたりする場合があります。副作用または合併症が生じた場合は必要な処置を行いますので、当院の指示に従ってください。すぐにご連絡をお願いいたします。
- ・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。
- ・治療効果が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。

## 【施術回数・間隔】

- ・2回目以降の治療間隔は、1週間おきに5回以上の定期的な施術をおすすめします。治療回数は肌質・症状により異なります。
- ・施術時間が全顔で5~10分程度です。
- ・施術直後からくすみ、肌質の改善、化粧のノリが良くなるなどの効果を実感できることもありますが、人によっては全く外面上の変化が見られない場合もあります。
- ・症状によって、施術回数、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週間を空けてください。施術後1週間以内の施術はできません。
- ・定期的な来院が必要な施術です。ご予約は早めをお願いします。
- ・予約日時のご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:

印

保護者様氏名:

印

※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。