

レーザー脱毛治療同意書

みよたファミリークリニック

院長 堀口 哲男

患者番号：

氏名：

レーザー脱毛治療について、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。治療回数を目安は、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ことがあります。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) 剃り残しが多い場合は、施術をお断りする場合もありますので、しっかり剃り残しのないようにお願いします。

以上の1~12の内容につき理解しましたので、治療を受けることに同意いたします。

署名日：

本人 氏 名 _____

保証人※ 氏 名 _____

(※治療を受ける者が未成年者の場合、保証人の欄に署名をお願い致します)