同意書

美顔レーザー・シミ取りレーザー・レーザーポレーション

	す。 <u>シミ取りレーザ</u> レーザーを照射しま 2回目以降は徐々に ンデロンVG軟膏を 使用を控えられたい	$\underline{-}$ では、希 す。照射足 反応の $1\sim2$ 事前に のアレキサ	望部位のシ 7〜14日 くなること 程度塗るよ お申し出く	ミにアレキサンドライトレ間程度で色調が濃くなり、 や、薄いシミは反応しない うにお願いいたします。 <u>(</u> ださい。) レーザーポレ	、脱毛効果、くすみ取り効果がありま ・一ザーまたはQスイッチNd YAG かさぶたを形成する場合もあります。 ことがあります。レーザー照射後はリ 「ステロイドのアレルギーがある方、ご ーションは、治療部位をガラス管で押 しの深部のシミやくすみにも効果的で、	
	えると色素沈着を生	じる可能性	があります。	<u>。</u> 治療期間中は紫外線対策	てください。 <u>日焼けや肌への刺激を加</u> を十分に行ってください。日焼けの状-ジやピーリング等は避けてください。	
				。また、再発することもあ ただくようにお願いいたし	るためご了承ください。次回の治療で ます。	
	残したいホクロ・ア	ートメイク	・髭などが。	ある場合は、必ず施術前に	医師・看護師にお知らせください。	
	<u>薬剤性光過敏症など</u> ある方は、事前にお ります。3~6ヶ月	<u>を起こす場</u> 申し出くだ 程度かけて	合がありま さい。炎症征 徐々に改善	<u>す。</u> 他院でレーザーを受け 後色素沈着は、場合によっ	色素沈着、色素脱失、増毛化、硬毛化、 られて上記のような症状が出たことが てはもとのシミより濃くなる場合があ び、稀に残ってしまう場合もあります。 ることもあります。	
				させていただきますので受 れる場合、薬代が別途かか	診をお願いいたします。 りますのでご了承ください。	
	下記に該当する方、	既往歴・現り	<u>病歴、現在内</u>	7服中のお薬があれば必ず	事前にお申し出をお願いいたします。	
•	常性白斑の方、5 をお断りしてお	妊娠中の方、 ります。 治	てんかん 済療部位に傷	・癌・感染症を持病にお持	方、過度な日焼けをされている方、尋ちの方、金の糸が入っている方は施術ースメーカーや除細動器を入れている	
•	のある方、糖尿	尿病の方、	ケロイド体質		い方、心臓疾患のある方、出血性疾患 動病変がある方、授乳中の方、リウマ	
※ 授乳中の方は、トラブルが起きた際に内服薬の制限があるため出力を上げられない場合があります。※ レーザーや医療機器はいずれも精密機器です。万が一、機器にトラブルがあった際には、同日に治療を受けていただけないことがございますのでご了承ください。※ 施術ご案内用紙の内容も併せてご参照いただき、施術後の注意事項の厳守をよろしくお願いいたします。						
私は上記内容を理解し、施術に同意します。						
○本人(18歳未満の場合は、法定代理人欄の両方にご署名が必要です)						
2	令和 年	月	日	氏名		
С	法定代理人(親権者	··後見人·	保護義務者)あるいは保証人		
2	令和 年	月	日	氏名	(続柄)