

同意書

Vbeam

血液中のヘモグロビンに吸収されるレーザー光を照射することで、赤みを伴う皮膚の様々な悩みに効果が期待できます。症状により照射方法や効果、必要な治療回数には個人差があります。

- 照射時には輪ゴムではじかれるような痛みがあり、照射後、軽度の熱感やひりつきを感じる場合があります。
- レーザー照射後、一時的に赤み、腫れ、水泡などのやけど、炎症後色素沈着、内出血による紫斑形成等を伴う場合があります。内出血は予想以上に強く出る場合があります、数日～2週間程度（個人差あり）で吸収され目立たなくなります。
- レーザー照射後は日常的なスキンケアを行い、保湿を十分におこなってください。また治療期間中は低刺激の日焼け止めの使用等により紫外線対策を十分に行ったうえで、日焼けは避けてください。肌へのマッサージやピーリング等は避けてください。

・ 下記に該当する方、既往歴・現病歴、現在内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。

- 禁忌：リウマチ治療にて金製剤による治療歴がある方、過度な日焼けをされている方、光アレルギーの方、尋常性白斑の方、妊娠中の方、てんかん・癌・感染症を持病にお持ちの方、金の糸が入っている方は施術をお断りしております。治療部位に傷や皮膚腫瘍がある方、ペースメーカーや除細動器を入れている方、金属やシリコンがある方は治療がお受けできません。
- 要相談：日焼けをされた方(スキントーンが暗い方)、お肌の乾燥が強い方、ケロイド体質の方、単純ヘルペスの活動病変がある方、心臓疾患のある方、出血性疾患のある方、糖尿病の方、授乳中の方、リウマチの既往歴がある方は治療が受け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事がありますのでご了承ください。

※授乳中の方はトラブルが起きた際に内服薬を使用することができないため、出力を上げられない場合がございます。

※ 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署名が必要です)

____年 ____月 ____日 氏名 _____

○法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人

____年 ____月 ____日 氏名 _____ (続柄 _____)