

# 同意書

## YAG シャワー

ロングパルス Nd:YAG レーザー（1064nm）をシャワーのように肌に照射し、皮膚深部のコラーゲンに働きかけリジュビネーション効果（肌のひきしめ、たるみの改善、ふっくらとした肌質感）が期待される治療です。また、ヘモグロビンにも吸収される波長のため、顔の赤み、ニキビの赤味を軽減させることも期待できます。

- 照射直後には軽い赤みや腫れ、稀に赤い発疹や一時的なニキビの悪化を来す場合があります。
- 施術中、痛みや違和感があればお知らせください。
- 効果の持続期間等には年齢や肌質などによって個人差がありますが、1ヶ月間隔の継続的な治療によって、より効果が持続します。
- 治療後の赤みや腫れが治まればお化粧品は可能です。保湿をしっかりと行ってください。また、日焼けによる色素沈着を生じる可能性がありますので、紫外線対策を十分に行なって下さい。
- 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ご署名が必要です）

\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_)

よつば会クリニック