

医療レーザー脱毛治療を受けられる方へ

No.

ふりがな

くみこクリニック 四条烏丸分院

お名前 _____

記入 H 年 月 日

〒 _____

TEL：自宅

携帯

メールアドレス

生年月日 H/S 年 月 日 才 当院からのお得なキャンペーンなどの情報を希望されますか？希望する希望しない

1：当院では、医療機関にのみ許可されているダイオードレーザー機器を用いた脱毛方法です。エステサロンの光脱毛とは違いますので、安全で確実な効果が得られます。

2：治療手順

テスト照射を行ってから、本照射による治療に入ります。安全に照射するために、体位を変えて頂く必要がありますので、ご協力下さい。毛は、28日周期で成長しています。休止期にある毛が大部分で、休止期の毛には弱くしか反応せず、その後活動期にある毛が生えて来ますので、6週ごとに繰り返し施術することが必要です。人によって違いますが、おおよそ5回の施術が必要です。ただし、毛根が未発達な未成年の方は、5回以上の施術が必要な事が大半です。未成年の方がレーザー脱毛施術を受けても成長に問題はありません。

3：痛みについて

当院のレーザー機器は、他のレーザーより痛みの軽いことが特長です。照射時の痛みが、その後の照射中も続く場合は、すぐに施術者にお申し出下さい。エネルギーを調整致しますのでご安心下さい。

4：副作用

お肌の敏感な方は、レーザー脱毛後に赤みや痒み、色素沈着、色素脱失を生じる場合があります。その場合は、消失を早くするために医師の診察を受けてください。日焼けなど、元の肌の色が黒い方は火傷のリスクが高いため、出力を上げられないので施術回数が多くなりがちです。

軟毛部位[背中など]は、かえって毛が濃くなることもまれにありますので、冷却タイプのレーザーを使う事があります。まれに、レーザー脱毛の効果のない方がおられます（0.3%）。

5：ご質問にお答えください。

妊娠または妊娠の可能性がある方

脱毛希望部位に過度な日焼け、色素沈着がある

ケロイド瘢痕化の既往歴のある

当院以外で、飲み薬や塗り薬を処方されている（薬名： _____）

敏感肌である。（例：アトピーにきび） _____

6 キャンセルについて

ご予約の変更、キャンセルは前日午後6時までにお願ひします。それ以降の変更・キャンセルは、キャンセル料をいただきます。以上の説明を理解し、上記の内容について確認をいたしましたので、医療レーザー脱毛治療を受ける事に同意致します。

平成 年 月 日

本人サイン： _____

保護者（レーザー脱毛を受ける方が未成年者の場合）保護者サイン： _____

同意書

未成年の方への注意事項

くみこクリニック

未成年の方がレーザー脱毛を受けても、健康や今後の成長には全く問題ありません。

しかし、脱毛効果に関しては、効果が不十分なことがあります。

その理由は、第二性徴期前は、毛根が未発達であることが多く、永久脱毛をしてもまた毛根が再生されるので効果が表れにくいことがあります。また、細胞分裂が活発で、どんどん分裂をしているので細胞の破壊が充分にできず成人してからの毛が再生してしまうことがあります。

以上のことを了承のうえ、レーザー脱毛を受けることに同意致します。

平成 年 月 日

本人サイン

保護者サイン