

ピコレーザーによる 美顔レーザー・シミ取りレーザー 同意書

- ピコレーザーによるシミ取り：シミのある希望部位のシミにピコレーザーを照射します(ただし、医師が肝斑でないと判断したシミに限り照射します)。レーザーは比較的薄いシミにも反応しますが、個人差があります。レーザーの照射後7～14日間程度赤みが出現し、腫れたり、濃くなったり、かさぶたを形成したりする場合がございます。レーザー照射後は、反応した部位に、状態を確認しながらリンデロンV G軟膏を1～2週間程度塗るようお願いいたします。ステロイドのアレルギーがある方、ご使用を控えられたい方は、事前に当クリニックにお申し出ください。
- フラクショナルレーザー：ピコレーザーをフラクショナル状(小さな点状)に照射します。皮膚表面を傷つけずに、表皮・真皮に作用し、皮膚のたるみの改善効果、ニキビ跡や毛穴の引き締めなどの効果を期待できます。期間や程度には個人差がありますが、照射当日～数日間赤みが出現します。肝斑がある場合は、該当部分避けてレーザーを照射します。
- ホワイトニングレーザー：強度を調整したピコレーザーを顔全体に照射します。元の皮膚色等にもより、効果の程度等には個人差がありますが、顔全体をトーンアップし、ホワイトニング効果を発揮することが期待できます。同様に個人差はありますが、レーザーがメラニン色素を少しずつ分解・排出していくため、薄いシミ・肌全体のくすみの改善の効果が期待できます。肝斑がある場合は、該当部分避けて照射します。
- トーニングレーザー：低出力のピコレーザーを照射します。元の皮膚色等にもより、効果の程度等には個人差がありますが、照射箇所の皮膚のトーンアップ効果が期待できます。個人差はありますが、肝斑や色素沈着、くすみの改善の効果が期待できる治療です。
- 以上いずれのレーザー照射治療においても、レーザー照射後は日常的なスキンケアを行い、保湿を十分に行なってください。また、肌への刺激や日焼けは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ください。レーザー照射による治療期間中は、低刺激の日焼け止めの使用等により日焼けは避けてください。日焼けの状態によってはレーザー照射を延期する場合がございますので、ご了承下さい。レーザー照射箇所及びその周辺箇所のお肌へのマッサージやピーリング等は避けて下さい。
- 治療効果の有無や大小、一定の効果が出るまでに必要な治療回数、及び、治療期間には個人差があり、治療完了後に再発する場合がございます。予めご了承ください。次回以降の治療の際には、指示した施術間隔を守っていただくようお願いいたします。
- レーザー照射後に赤み、腫れ、毛嚢炎、水泡などの軽重問わないやけど、炎症後色素沈着、色素脱失、硬毛化などを起こす場合があります。他院でレーザーを受けられて、上記のような症状が出たことがある方や、そのような経験はなくても敏感肌の傾向がある方は、事前にお申し出ください。炎症後色素沈着は、場合によってはもとのシミより濃くなる場合があります。3～6ヶ月程度かけて徐々に改善してくる場合もありますが、色素沈着等が残ってしまう場合もございます。扁平母斑など疾患によっては、もとの状態より濃くなることや再発することもございます。
- レーザー照射後、皮膚トラブルが生じた場合は、診察させていただきますのでクリニックにて受診をお願いいたします。 ※この受診に関する費用は、全てご自身でご負担いただく必要があり、例示として、診察には診療代がかかり、薬等が処方される場合には別途薬代がかかりますので、ご了承ください。
- 残しておきたいホクロがある場合は、施術前に看護師にお申し出ください。ただ、当該ホクロ及びその周辺箇所のレーザー照射を回避しますので、これらの部分については治療効果が得られないこととなります。予めご了承ください。
- 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、妊娠中の方、尋常性白斑の方、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、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、治療をお受けいただけません。
- 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、治療が受けていただけない場合がございます。
- 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。
- 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場合がございますので、ご了承ください。

私は上記内容を理解し、自分自身の意思で施術に同意いたします。

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)

記入日：西暦 年 月 日

氏名	フリガナ

法定代理人(親権者・後見人・保護義務者あるいは保証人)

記入日：西暦 年 月 日

氏名	フリガナ
	(続柄)

一般社団法人ひより会 ひよくりニック 心齋橋院
大阪府大阪市中央区心齋橋筋2丁目7-18 プライムスクエア心齋橋 8F
TEL:06-6211-2811

以上の内容について、私が説明して患者様の同意を確認し、且つ診察しました。

担当医