

# 脱毛同意書

更新日：2022年6月1日

1. レーザー脱毛は、施術者と受けられる方との協力で行われる方法です。最善の状態で脱毛を完了いただけるよう施術者の指示にご協力下さい。
2. 費用については、別紙の料金表をご参照ください。
3. 治療期間については個人差があり、当初の予定より延びることがあります。
4. 禁忌事項
  - ア) ケロイド瘢痕化の既往のある方
  - イ) 過度の日焼けのある方
  - ウ) ペースメーカーを装着している、あるいは重篤な疾患のある方
  - エ) 妊婦または妊娠の可能性のある方
  - オ) 治療開始前6ヶ月以内に、ニキビ治療薬の経口トレチノイン（ビタミンA誘導体）を内服中、あるいは外用中の方
5. 治療中、あるいは治療後、まれに以下の症状がみられることがあります。
  - ア) レーザー照射時、ひりひりした痛みやかゆみなどの不快感が生じることがあります。
  - イ) 毛嚢炎、かさぶた、もしくは水ぶくれなどができる場合があります。
  - ウ) 治療部位に色素沈着および色素脱失の変化がおこることがあります。通常3～6ヶ月で薄くなりますが、まれに色素変化が恒久的に残る場合もあります。
  - エ) 瘢痕が起こる可能性があります。瘢痕が起こる可能性を少なくするには、治療後の全ての指示に従っていただくことが肝要です。
6. 処置後に、日焼けや掻くことなどによりできた傷は痕が残る場合があるので、充分に気を付けてください。少しでも気になることがあれば、遠慮なく速やかに連絡をお願いします。必要な場合には最善の処置をおこないますが、指示どおりにされなくてできた痕などに関しては責任を負えません。また、処置を必要とした場合は、治療費のご負担をいただく場合があります。万が一副作用などがあれば当院で責任をもって処置をしますので、他の病院などでかかった治療費、交通費などはお支払いできません。
7. ごくまれに毛が濃くなる場合があります。世界的にどの機械でも起こりうる可能性があると言われてはいますが、はっきりした原因はわかりません。その場合には、通常よりも施術回数が増えることがあります。
8. 病気（薬の使用）や妊娠など、体に変化があった場合は随時、必ずお知らせ下さい。他にも予期せぬ症状がでる場合もありますが、良い肌を目指すために最善の対処をします。
9. 施術の際は、担当する看護師を指名することはできません。

医療法人社団 愛友会 御中 中濱クリニック 院長 中濱昌夫 殿

説明医師： \_\_\_\_\_

私は上記条件を満たし、内容を理解した上で本治療を受けることを同意します。また、本施術に関して一切の異議を申し立てません。

同意日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

保護者の氏名（未成年の場合）： \_\_\_\_\_

住 所（上記と異なる場合）： \_\_\_\_\_