

光治療同意書（脱毛）

この治療は、光照射による脱毛を目的とした治療です。

<治療前の注意>（治療4週間より）脱毛部位へのケミカルピーリング等の肌に刺激を与える行為は控えて下さい。日焼けは控えて下さい。肌の色の濃い方は治療を受けられない場合があります。毛抜き、ワクシング、針脱毛をしないで下さい。

（治療数日前より前日までに）シェーバー等で脱毛部位を剃毛して来て下さい。

※しみやホクロ、皮膚疾患のある箇所は治療を行わないことがあります。治療部位に剃り残しがある場合は別途剃毛料：¥1,000(税抜)がかかります。剃毛が必要で規定の時間内に施術が難しい場合はその部位の照射を避けさせていただきます。妊娠中・授乳中・光線過敏症・悪性腫瘍・糖尿病・てんかん、ヘルペスの既往がある方、金製剤内服中の方、ペースメーカー・金属プレート・金の糸が入っている方は施術できません。

<治療後の注意> 照射直後の発赤は、ほとんど数時間から1~2日で消えます。照射部位に発赤・膨疹・色素沈着・色素脱失・毛嚢炎やヘルペスなどの感染症が起きることがあります。ほとんどは一過性で、長くても半年程度で改善されます。稀に熱傷や治療後の一時的増毛化・硬毛化を起こす事もあります。治療後4週間はケミカルピーリング等、肌へ刺激のある行為や日焼けを避けて下さい。治療当日のシャワー浴は可能ですが、こすり洗いはしないで下さい。入浴は翌日より可能です。

<効果> 十分な効果を得るには、2~3ヶ月毎に6~8回程度の照射が必要です。術後2週間すぎると毛は自然と抜け落ちます。治療によって減毛された状態が長期に渡って維持されるようになりますが、全く毛が無い状態になり維持される事はありません。また効果には個人差があります。

<完全予約制> 光治療は完全予約制です。予約変更は、予約日の前日まで、診療時間内に電話にてご連絡下さい。当日キャンセルは、キャンセル料として1回料金の半額をいただきます。施術日直前のキャンセルを繰り返された方の施術はお断りする場合があります。

※副作用が出た場合は保険診療にて治療となります。その際、脱毛治療代等のご返金は致しかねます。また、光治療の日に保険診療は受けられません。

以上、書面の内容を十分に理解し、納得した上で光治療を受けることを希望します。

（未成年者の場合、保護者の同意が必要となります。）

承諾した日付 年 月 日

説明した医師・職員 _____

（本人氏名）

（保護者名） _____