

光治療同意書（美肌）

この治療は光照射によりシミ・ソバカス・くすみ、血管拡張による肌の赤み、他、肌の老化現象を複数回の治療でダウンタイムなしに改善させることを目的とした治療です。

<治療前の注意>（治療 4 週間前より）日焼けは控えて下さい。肌の色の濃い箇所や日焼けをしている場合は治療を行わないことがあります。ケミカルピーリング等の皮膚を剥がす治療は避けて下さい。ホクロ、傷、皮膚疾患のある箇所は治療を行わないことがあります。顔の治療を受ける方は、化粧、基礎化粧品、日焼け止めをしない状態で来院して下さい。妊娠中・授乳中・光線過敏症・悪性腫瘍・糖尿病・てんかん、ヘルペスの既往の方、金製剤、免疫抑制剤使用中の方、ペースメーカー・金属プレート・金の糸が入っている方は 施術をお受けできません。

<治療後の注意> 照射後、赤みなどの炎症反応が出ることがありますが、通常、翌日までには消失しますが、まれに 2~3 日残る場合もあります。シミ・ソバカスなどは、照射直後~数日で濃く浮き出てくるものがあります。1~2 週間程度で自然に脱落しますので、無理にはがしたりしないで下さい。血管拡張などの赤みは術直後に血管が消える場合と血管が灰色っぽく変色し、1 週間程度で消失する場合があります。稀に治療部位に色素沈着が生じることがありますが、時間経過とともに消退してきます。長くとも 3~6 ヶ月の経過で治まるのが一般的です。必要な場合は、医療用の美白クリームの使用もできます。治療後 4 週間は日焼けを避けてください。肝斑は治療によって目立ってくる場合があります。その場合は内服薬等の治療を行うことがあります。当日はシャワー浴のみ、入浴は翌日から可能です。こすり洗いはしないように気を付けて下さい。

<効果>この治療は 1 回で全ての症状を改善するものではなく、複数回の治療により少しずつ穏やかに肌質を改善していきます。治療間隔は4週に 1 回が目安になります。一般的に満足の行く効果を得るには 5~6 回程度の照射が必要です。効果には個人差があり症状によっては十分な改善が見られない場合があります。

<完全予約制>光治療は完全予約制となります。予約変更は予約日前日までに診察時間内に電話にてご連絡下さい。当日の無断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、光治療代等のご返金は致しかねますのでご了承ください。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）