

医療レーザー脱毛を受けられる方へ(未成年用) 説明・同意書

この施術は、毛根のメラニン色素にレーザー光線を吸収させて、その熱で毛根周囲の組織にダメージを与え長期間における減毛(脱毛)を行うことができる治療方法です。毛には毛周期(毛が生えかわるサイクル)があり、脱毛ではその毛周期の成長期にある毛にレーザーを照射することで減毛(脱毛)の効果がみられます。

部位によって治療の間隔は違ってきますが、約1ヶ月半から2ヶ月毎に照射を繰り返していきます。

平均で5回～10回、年齢や部位によっては10回以上かかることもあります個人差があります。

下記の注意や予想される合併症・効果についてよくお読みのうえ、治療を受けられるかどうかご自身でご判断ください。

治療が受けられない方・禁忌

下記の病気や症状がある方、下記薬剤を使用中の方は治療を受けられません。

- 光過敏症(755nm・808nm・1064nmの光に過敏) 単純ヘルペス1型、2型の活動病変
開放創や感染創 刺青・アートメイクの部位 治療部位の癌 真皮性の色素斑の部位 2ヶ月以内の日焼け(日焼けサロンなども含む) 金製剤の使用歴(リウマチ治療薬など) 妊娠および授乳中 等

治療に注意が必要な方

下記の病気や症状がある方、下記薬剤を使用中の方は医師の判断によって治療が受けられない場合があります。

- てんかん発作の既往 ケロイド、瘢痕体质 免疫抑制剤 ステロイド製剤 全身状態不良
糖尿病等の慢性疾患 フィラー注入部位 黒子の部位 抗凝固剤・鉄剤 イチョウ等のサプリメント

治療前注意事項

【抜毛禁止】

レーザー脱毛治療中は、毛穴の中に毛がない状態ではレーザーが反応しませんので、毛抜きやワックスは使用しないで、自己処理はカミソリやシェーバーでの処理(剃毛)のみにして下さい。脱毛部位は前日、もしくは当日に剃毛して来院してください。

【日焼けの禁止】

日焼けをした状態では熱傷を生じるリスクが高くなるため、照射をすることができません。日焼けをしないようSPF30以上の日焼け止めの使用や長袖、長ズボン等の着用で日焼けを予防してください。

※日焼けてしまった場合には、日焼けが落ち着いてからの照射となります。

【皮膚の清浄】

脱毛部位に日焼け止めや化粧品(クリーム、化粧水含む)が残っていると、レーザーが成分に反して熱傷を起こす可能があります。照射前には必ず落としてください。

※過去の皮膚に対する既往歴や自覚症状のある方は必ずお申し出ください。

治療中注意事項

- 特に太い毛や毛が多い部位は痛みを感じることがあります。
- いつもと違った痛みを感じたり、ヒリヒリするなど違和感がある場合はお申し出ください。
- レーザーの光から目を保護するためにゴーグルをかけていただきます。照射中は外さないでください。
目を閉じた状態でも明るく光を感じることもありますが、影響はありません。
直接レーザー光をみないでください。

治療後注意事項

- ・照射部位が赤く腫れあがつたりすることがあります。これは一過性の症状ですので1週間程度で軽快します。
※冷却することにより軽減します。1週間以上経過しても軽快しない場合は早めにご連絡ください。
- ・脱毛部位は搔いたりしないでください。皮膚を傷つけることで色素沈着になる可能性があります。
- ・治療部位によっては入浴せず、シャワー程度が望ましいと思われます。医師またはスタッフの指示に従ってください。
- ・痒みが強い場合はご連絡ください。
- ・照射後は肌が乾燥しますので充分な保湿でのスキンケアをおこなってください。低刺激のものを推奨します。
- ・焼けた毛が上手く毛穴から抜けずに毛穴に残る場合がありますが、徐々に抜け落ちますので無理に抜いたりしないでください。個人差がありますが抜け落ちるのに3~4週間かかる場合もあります。
- ・レーザー脱毛を継続している間の日焼けは禁止です。日常から遮光・日焼け止めの使用をおこなってください。

合併症について

【毛囊炎】

男性のヒゲや女性の顔、背中、VIO、下腿などで毛穴に細菌が入って炎症を起こす毛囊炎を起こすことがあります。

【熱傷や凍傷】

肌の色によっては軽い熱傷を起こすことがあります。日焼けされた場合に照射してしまうと熱傷のリスクが高くなります。また、冷却ガスを使用していますので、凍傷を生じることがあります。

【硬毛化】

ごくまれにレーザー照射後に毛が濃くなったり、硬くなったり、太くなったり、長くなったりといった症状「硬毛化」が起こることがあります。

【その他】 疼痛、発赤、浮腫・腫脹、痂皮形成、水疱、色素沈着、色素脱失、瘢痕形成、紫斑、紅斑、搔痒感、毛孔一致性的炎症

※レーザー脱毛は永久に無毛状態を保つことができるわけではなく、若干の毛（体毛）の再生が生じます。

※施術後はいかなる理由でも返金は致しかねますので、ご了承ください。

以上

三島ゆうレディースクリニック院長殿

私は、上記の内容の説明を充分に受け理解し、治療を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名

私は、決定代理人として、貴院で治療を受けることに同意します。

年 月 日

保護者氏名

印