脱毛同意書

１．毛は成長期、退行期、休止期と毛周期を繰り返しており１回の照射で全体の約20～30%程度の成長期にある毛根に効果があります。毛周期は部位や代謝機能によってそれぞれ違いますので、部位や個人差によって脱毛回数が異なります。
※色素のない毛、白髪、金髪などには反応致しませんのでご了承ください。

２．毛抜き、脱毛ワックス等は脱毛周期が乱れてしまい、脱毛効果が薄れてしまいますので使用しないようお願い致します。

３．脱毛箇所は外出時には日焼け止めを塗るなど紫外線対策を行い、日焼けを避けるようお願いいたします。
※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ください。

４．生理期間中は肌トラブルや痛みが強く出やすいのでなるべく脱毛は避けていただくのが無難です。
※生理中のVIO脱毛はできませんのでご了承ください。

５．レーザー照射により、黒子、刺青が薄くなる可能性がありますので事前にお申し出ください。

６．治療部位に癌、感染症、傷や皮膚腫瘍がある方、金の糸が入っている方、金製剤による治療歴が直近の１年にある方、ペースメーカーや除細動器を入れている方は治療を控えて頂きます。

７．治療部位に金属やシリコン、インプラントを入れている方・光アレルギーの方・心臓疾患のある方、出血性疾患のある方、糖尿病の方、ケロイド体質の方・単純ヘルペスの活動病変がある方、てんかん発作の方、過度な日焼けをされている方は治療が受けられない場合があります。

８．脱毛当日までに施術部位のシェービングをお願い致します。剃り残しがある場合その部位を避けて照射することがございますのでご了承ください。当院でのシェービングを希望される場合は一部位1000円(税別)でさせていただきます。
※VIOのシェービングサービスはしておりませんのでご自身でのシェービングをお願い致します。

９．レーザー照射後に赤み、腫れが出たり、毛嚢炎、火傷、色素沈着、色素脱失、硬毛化等を起こす場合があります。照射後皮膚トラブルが生じた場合診察させていただきますので受診をお願い致します。
※診察は診療代がかかります。薬が処方される場合別途薬代がかかりますのでご了承ください。
※以前に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は事前にお申し出ください。

１０．妊娠中、授乳中の方、また既往歴・現病歴、現在内服中のお薬があれば事前にお申し出下さい。
（妊娠中の施術は、原則はご遠慮頂いております）

わたしは上記内容を理解しわたしの意思で施術を同意します。

令和　　年　　月　　日　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

20歳未満の方は親権者の署名もお願い致します。

令和　　年　　月　　日　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

たかはし形成外科・美容外科　松原院