

ULTRAsel Q+【ハイフ】 同意書

- ジェルを用いて施術しますので、髪の毛・洋服に付着する可能性があります。
- 発赤や軽い腫れ、熱傷（水疱や痂皮、色素沈着など）、圧痛、毛囊炎やニキビ、しびれや感覚脱失が生じることがあります。
- 施術後は日焼け止めクリームを塗布し紫外線対策を心がけてください。化粧は翌日より可能です。
- 当日は激しい運動、長時間の入浴、サウナ、飲酒などはお控え下さい。
- 歯科のインプラント治療をされている方はその部分に熱感を強く感じる場合があります。
- 照射後、皮膚トラブルが生じた場合には診察させていただきますので受診をお願い致します。
※診察には診療代、薬が処方される場合は別途薬代が発生します。予めご了承ください。
- グリコール酸、サリチル酸、トレチノインなどが含有される外用薬の使用は刺激になることがあります。気になる方はお肌状態を拝見させていただきますのでお申し出ください。
- 出血性疾患のある方、光線過敏症（SLE等）の方、過去にレーザーにて合併症が生じた方、治療部位に皮膚疾患、悪性腫瘍、前癌病変や感染症がある方は、治療を受けることができません。

下記に該当される方は治療を受けることが出来ないことがあります。事前に申告をお願い致します。

- ・ 妊娠中、授乳中の方
- ・ 心臓疾患のある方、ペースメーカーや埋め込み式除細動器を使用している方
- ・ 糖尿合併症を発症している方
- ・ 膠原病など自己免疫性疾患がある方
- ・ 現在、治療中の病気がある方
- ・ 治療部位に金の糸や金属プレート、シリコンが入っている方
- ・ 最近、ヒアルロン酸注入、スレッドリフトをされた方
- ・ ケロイド部位への治療、あるいはケロイド体質の方
- ・ ヘルペスウイルスに感染している方
- ・ 2週間以内の過度な日焼けをされている方

私は上記内容を理解し、施術に同意します。

○本人(20歳未満の場合は法定代理人欄の両方に署名が必要です)

令和 年 月 日 氏名

○法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人

令和 年 月 日 氏名

(続柄)