

レーザー治療を受けられる患者様へ

ダイオードレーザー治療は、医療脱毛を目的とした治療です。
脱毛治療は毛根にレーザーを照射することにより、減耗を目的とするものです。
発毛には毛周期があり、1回の治療で脱毛が完了するわけではありません。
また、治療回数はわき・ひざなど部位によっても異なります。
患者様によっては、脱毛部位が照射後赤くなることがあります。通常は数日で消えますが
痛みがあったり、なかなか消えない場合は担当医師に申し出て下さい。
日焼けをしている方は火傷をす危険性が高いのでレーザー脱毛を行うことができません。
また、下記の禁忌事項に該当する患者様はこの治療を受けることが出来ませんのでご了承下さい。

◆ 禁忌事項 ◆

<input type="checkbox"/> 妊娠中の方	<input type="checkbox"/> 糖尿病/アルコール中毒の方
<input type="checkbox"/> 原因不明の皮膚病変がある場合	<input type="checkbox"/> てんかん発作の既往がある方
<input type="checkbox"/> ケロイドになりやすい方	<input type="checkbox"/> 皮膚に病変がある方 (切り傷、炎症、その他の術後)
<input type="checkbox"/> 刺青の上の施術を希望される方 (刺青が薄くなる可能性がある)	<input type="checkbox"/> 日焼けをしている方 (1ヶ月以内に積極的な日焼け: 海外旅行、海、山、 ゴルフ、日焼けサロンなどをされた方)
<input type="checkbox"/> 色素沈着または色素性病変がある方 (薄くなる可能性がある)	<input type="checkbox"/> 現在、他の診療科に通院されている方 (<u>担当医とご相談ください</u>)
<input type="checkbox"/> 光感受性を高める薬を内服/外用している方	

治療が成功しても光老化によって症状が再発する場合がありますので、術後は必ず日焼け止めを行って下さい。以上のことをご確認の上、この治療を受診して下さい。

*この治療に関してご不明な点は、担当医とご相談下さい。

同意書

私は担当医から、今回のレーザー治療について、その方法、効果、副作用などについて詳しい説明を聞き、理解しました。その上で脱毛に対してこの治療方法を受けることに私は同意いたします。

年 月 日

住所 _____
(自筆サイン) _____ 印

保護者(施術を受ける方が未成年者である場合)

住所 _____
(保護者サイン) _____ 印