

ゆうき内科医療脱毛説明・同意書

当院で使用する脱毛機器は厚生労働省により医療機器の承認を取得したもので、2種類の波長を使い分け、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減毛する事で脱毛を行います。

【施術が受けられないケース】

- 下記の疾患や症状のある方は施術を受けることができません。
- ・光過敏症の既往がある方・2ヶ月以内に強い日焼けをされている方
- ・できものや潰瘍、傷口がある部分
- ・刺青やアートメイク（特に肌色のメイクは注意）のある皮膚上
- ・黒子、シミ、乳輪、色素沈着などの色素の濃い部位は施術できません。
- ・月経中や不正出血のなどのある場合、VIOの施術はできません。
- ・妊娠中の方は安全性が確立されていないため、当院では施術できません。
- ・男性のVIOについては、安全性を考慮し、陰茎・陰嚢を除く施術とします。

【施術の際に注意が必要な方】

- 下記の症状や薬剤を服用中の方は、施術が受けられない場合があります。
- ・てんかん発作の既往のある方・フィラー（ヒアルロン酸ほか）注入部位・ケロイド・瘢痕体質の方
- ・糖尿病の方・免疫抑制剤、ステロイド製剤、抗凝固剤、金製剤、鉄剤を内服中の方
- ・歯科材料、チタンプレート、ペースメーカー等の金属系インプラント材料を埋め込まれている方

【施術後に下記の症状が現れる場合があります】

- ・疼痛（痛み）・発赤（赤み）・浮腫/腫脹（腫れ）・熱傷（痂皮形成、水疱形状）・凍傷
- ・毛囊炎・にきび・硬毛化・一過性の炎症性色素沈着・色素脱失・軽度の瘢痕形成

【施術の推奨間隔と回数】

- 1回の施術だけでは十分な効果は得られません。1ヶ月半～2ヶ月程度の間隔での施術が推奨されます。
- 回数は平均で7回～10回が目安となります。（部位によってはもっと多い場合もあります）
- 施術は毛周期に合わせて行い、個人や施術部位によっても差がありますのでご了承ください。

【施術に関する注意事項やセルフケアについて】

- 施術の前日にはカミソリ負けのないよう、電気シェーバーを用いて剃毛を必ず実施してから来院してください。剃毛が不十分な場合は料金が別途、必要となりますのでご注意下さい。
- 施術当日は日焼け止め、制汗剤、ラメ入りのボディクリームなどは使用せずご来院ください。
- 施術当日の入浴は避け、シャワーのみでお願いします。
- 脱毛後は、毛孔周囲に赤みや軽度の熱による炎症がおこる場合があります。通常数時間～24時間以内に赤みや痒みは消失するのが一般的です。施術当日は施術部位に赤みがおこったり、ヒリヒリする場合があります。かゆみや痛みが強い時はリンデロンを塗布してください。
- 施術から6ヶ月間は強い日焼けを避け、保湿剤や日焼け止めを使用するなど、ご自身によるスキンケアをしっかり行ってください。
- 薬剤の中には副作用として光線過敏症を含むものもあります。照射により発症する可能性もありますので、服用されている薬剤については必ず申告してください。
- 皮膚の敏感さや副作用の発生には個人差があります。施術後のいかなる副作用も施術者の責任ではないことをご理解ください。

【予約・キャンセル・遅刻に関する注意事項】

- 施術後は理由の如何を問わず、料金のご返金には応じかねますのでご了承ください。
- ご本人様の意思による施術の中断につきましては、施術を残した状態でも料金は全額お支払いいただきます。
- ご予約は原則として「ネット予約のみ」となっております。ネット予約が難しい場合は、お電話や窓口で対応いたします。
- ご予約の変更・キャンセルにつきましては、ネット、もしくはお電話にてお願いします。
ご予約前日17時が変更・キャンセルの期限です。 ネットでの変更・キャンセルの場合は、マイページの「予約確認／変更」画面、もしくはご予約キャンセル完了メールが届いたことを必ずご確認ください。
- ご予約前日17時以降に変更・キャンセルされた場合は、キャンセル料として3,300円いただきます。ただし、発熱・体調不良・ケガ等の場合、診断書のご提示があれば振替等の対応を検討いたします。
お電話の場合、日曜日は休診日となっております。月曜日ご予約の方はご注意ください。
- 施術予約時刻5分前にはご来院ください。
スタンダードプラン、VIOセット、髭の施術の場合、麻酔のお時間が必要となります。施術予約時刻30分前にはご来院ください。
- 照射範囲に応じて施術枠を設けています。施術開始時刻から10分（脇のみの施術の場合は5分）以上遅れてご来院された場合はキャンセル扱いとし、キャンセル料3,300円をいただきます。ただし公共交通機関による遅延や、やむを得ない事情と当院が判断した場合は振替等の対応を検討いたします。

医療法人はじめ会ゆうき内科院長殿

私は上記内容の説明を充分に受け、仕上がりや副作用リスクの有無、個人差について理解し、施術を受けることに同意します。施術は私の要望のもとで行われることに相違ありません。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

電話番号： _____

本人ご署名： _____

未成年者（18歳未満）の方は、親権者の初回カウンセリング時の同席とご署名が必要となります。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号： _____

親権者のご署名： _____