## Ladies Clinic SANTA CRUZ the UMEDA

# 医療脱毛 同意書

## ●レーザー脱毛とは

医療レーザー脱毛とは、毛のメラニン(黒い部分)にレーザーが反応して成長期の毛根周囲 に熱変性を起こすことで、毛を生えにくくするものです。99%の人が 1 年間レーザー脱毛を行うことで 90%以上 毛が生えて来なくなりますが、まれに毛減り切らない方や生えてくる場合もあります。産毛が 1 本もなくなりツルツルの状態になるわけではありません。

上記のように毛の黒い部分に反応して脱毛するため、白髪は脱毛することができません。

#### ●治療について

毛には毛周期と言われるサイクルがあり、レーザーは休止期の毛には反応しません。1回だけでは満足した効果が得られるわけではなく、繰り返し行うことが必要になります。毛周期に合わせて6から8週間ごとに約7~9回ほどの治療が必要になります。また、20歳以下の方や部位によっては多くの回数が必要になることがあります。一般的には十分耐えうることのできる痛みを伴いますが、痛みが続く場合は施術者にお伝えください。

#### ●効果について

1回の治療での目標が約30%の減毛と言われています。平均的には約7~9回ほどの治療で8割から9割の脱毛効果が得られますが、部位や毛質・体質によって個人差があります。

#### ●副作用について

- ・レーザー照射直後は皮膚の毛穴に沿った発疹や少しヒリヒリする場合があります。この赤みや発疹は数日で自然におさまりますが、もし強く出た場合や長引く場合はご連絡ください。日焼けしているお肌にレーザーを照射すると火傷や表皮剥離を起こすことがあります。 また、金属アレルギーの方は接触皮膚炎や蕁麻疹を起こされる方がおられます。
- ・熱傷、色素脱失 色素沈着の強い粘膜及び皮膚部分を照射する場合(口唇周囲、乳輪、外陰部アトピー性皮膚炎で の色素沈着の強い部分、日焼け部位等)は熱傷や色素脱失が起こりやすくなります。
- ・毛嚢炎や硬毛化(産毛の様な細い毛がレーザーを当てることで太くなってしまう)が生じることがあります。これは体質による もので、どのレーザー治療を受けても起こるものだと言われています。

#### ●剃毛について

脱毛部分は前日に毛を剃っておいてください。剃り残しがあると肌への負担がかかり脱毛効果が落ちることがあります。 肌への 負担を軽くするため、剃毛は電気シェーバーで行ってください。 レーザー脱毛をしている期間は除毛クリームを使用したり、ワッ クスなどで毛を抜いたりしてしまうとレーザーが反応しませんのでシェーバーで剃毛するようにしてください。

### ●施術後のお肌のケアについて

施術後はしっかりと保湿を行い、日焼けに十分気をつけて下さい。少なくとも SPF25 以上の日焼け止めを 2 週間以上は塗るように心がけて下さい。 施術当日シャワーは可能ですが、軽く洗い流す程度にしてください。 入浴・サウナ・飲酒・激しい運動は避けるようにしてください。

●禁忌事項
□過度の日焼け(1ヶ月以内) □光過敏症 □アートメイク、刺青 □妊娠中、授乳中 □月経中 □ペースメーカー、埋め
込み式除細動器を埋め込まれている方 🗌 てんかんの既往 🗌 内服薬・注射薬の使用【金製剤(リウマチの薬)、白金製剤(抗がん
剤)、ワーファリン(抗凝固 薬)、バイアスピリン (抗血小板薬)、レチノイド(乾癬治療薬、ニキビ治療薬)、抗生剤(ニュー キノロ
ン系、テトラサイクリン系)など】 □外用薬の使用【湿布、レチノイドを含む薬剤や化粧品、過酸化ベンゾイル(ニキビ治療薬)】
□皮膚疾患(色素性母斑、皮膚癌、創傷、アトピー症状、蕁麻疹、ヘルペスなどの感染症) □美容治療処置後(ヒアルロン酸注射、
ボトックス注射、プロテーゼ、シリコン、ゴアテックス、 金属プレート、金の糸、等) 🗌 B 型肝炎、C 型肝炎、HIV 感染の疑い
□重症の糖尿病 □飲酒されている方 □衰弱の激しい方 □金属アレルギーの方
上記患者様は治療をすることができません。
また治療中に妊娠された場合は一時中断し、再開することは可能です。
※何か気になる症状が出た場合にはすぐに当院までご相談ください。
副作用が出た場合のフォローアップは当院にて引き続き対応させていただきますが、他院へ受診された場合の治療費については
当院での負担は出来かねます。ご了承下さい。
このような副作用を起こさないためにも施術前後での紫外線対策はしっかりと行い、注意事項を守るようにしてください。 また、
日焼けした後・日焼けする予定のある方は施術を延期させていただくことがございます。
私は上記の内容について十分に理解し確認致しましたので、医療レーザー脱毛を受けることに同意いたします。
20 歳以下の方は保護者様の同意のもと施術させて頂きます。
西暦 年 月 日
生年月日 年 月 日
仍 <b>进</b> 老径
保護者様
ご住所 ta 名前
お名前 