

レーザーマック説明・同意書

レーザーマックの治療は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細胞にダメージを与えるという治療法です。脱毛は永久脱毛ではなく自然な長期的な減毛になります。一生毛が生えてこないことを保証するものではありません。毛には毛周期(毛が生え変わるサイクル)があり、成長期にある毛にレーザーを照射することで減毛(脱毛)の効果が見られます。部位によって治療の間隔は異なりますが、約1~3か月ごとに照射を繰り返していきます。効果には個人差があるため、治療計画に沿った施術が重要です。

施術の流れ

- ① 看護師による問診、カウンセリングおよび治療の内容についての説明を行います。
- ② 施術箇所にジェルを塗布します。施術部位が広範囲の場合は事前にマーキングします。
- ③ 目を保護して照射します。麻酔はありません。
- ④ 施術後、ジェルをふき取ります。

施術時間

治療部位によって異なります。

例) 腕全体：10分程度 VIO：15~30分程度

治療間隔の目安

- ・顔：1~2か月
- ・身体：1.5~2.5か月

禁忌事項

下記の項目に該当する方、該当する部位は治療を受けることができません。

- ・現在または過去に癌、悪性黒色腫(メラノーマ)または再発性非黒色腫皮膚癌、または多発性異形成母斑などの前がん病変がある方
- ・感染症を患っている方
- ・単純ヘルペス、全身性エリトマトーデス、ポルフィリン症の再発歴がある方、てんかん発作、光過敏症の疾患がある方
- ・イソトレチノイン、テトラサイクリン、セントジョーンズワート等、光に過敏に反応する薬やハーブを使用している方
- ・AIDSやHIV感染等の免疫疾患、または免疫抑制剤を使用している方
- ・多嚢胞性卵巣症候群や糖尿病等のホルモンまたは内分泌障害の既往歴(症状を抑えることができている場合を除く)がある方

- ・血液凝固障害の既往歴、または抗凝固材の使用歴がある方
- ・ケロイド体質の方
- ・重度の乾燥肌の方
- ・3~4週間以内に日焼けした方
- ・刺青（タトゥー）、鉛筆等の刺し痕の部位
- ・妊娠中、あるいは妊娠の可能性のある方、授乳中の方

注意事項

- ・毛抜きやワックスは使用せず、自己処理は剃刀やシェーバーでの処理（剃毛）をしてください。
- ・脱毛部位は施術前日に剃毛してください。
- ・日焼けをした状態では熱傷を生じるリスクが高くなるため、照射をすることができません。日焼けが確認できる場合は、日を改めての施術となる場合もあります。レーザー脱毛をしている間は日常よりしっかりと日焼け対策をしてください。
- ・化粧、日焼け止めクリーム、ボディクリーム等は施術前に拭き取ってください。
- ・刺青等がある箇所は火傷や肌トラブルの可能性があるので、避けて施術いたします。
- ・照射中は骨ばっている箇所、色素沈着のある箇所、毛の濃い箇所に強い痛みを感じることがあります。
- ・適切なパワーで施術を行いますが、結果にご満足いただけない場合でも返金は致しかねます。

副作用

施術後、副作用が見られた場合はご相談ください。

- ・紅斑：3~4日程度で徐々に軽減します。
- ・火傷：医師の指示に従ってください。
- ・炎症性浮腫：医師の指示に従ってください。
- ・炎症後色素沈着：ほとんどが一過性のもので、長くても半年程度で改善していきませんが、対処方法は医師に従ってください。
- ・硬毛化、増毛化：施術回数を増やすことで解消しますが、通常よりも回数が多くなることによって施術代金のご負担が増えることもありますので、ご了承ください。
- ・乾燥：保湿を心がけてください。

施術後の注意点

・照射後、照射部位が赤く腫れることがあります。症状が出現した場合、治癒するまで照射を中断し、3週間後に診察を受けてください。治癒した後、次の照射では低出力で施術する場合があります。

- ・照射後は肌が乾燥しますので、十分に保湿してください。
- ・当日は入浴せず、シャワー程度が望ましいと思われます。また激しい運動、サウナもお控えください。
- ・照射後の毛は徐々に抜け落ちますので、無理に抜かないでください。個人差がありますが抜け落ちるのに3~4週間かかる場合もあります。
- ・白髪やグレーヘアの方、生え際の毛は一定の効果はありますが、残る可能性があります。また、ホルモンバランスや諸所の条件(妊娠やホルモンバランスの乱れ、特定の薬物を使用)によって、体毛が成長し続けることがあります。
- ・トラブルが生じた場合、医師が対応させていただきますが、保険診療のため、別途診療費をいただきます。

私は、上記内容について理解・確認し、治療リスクも含めて納得したうえで治療を受けることに同意します。20歳以下の方は保護者の同意のもと施術させていただきます。

令和 年 月 日

本人署名：

保護者氏名：

医師氏名： 佐竹 史章