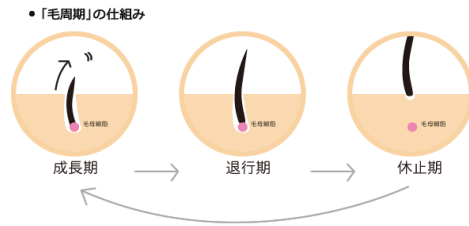


医療レーザー脱毛に関する同意書

当院で行っている脱毛は、医療用のレーザーを用いたものです。



下記項目にご納得頂けましたら にチェックをお願い致します。

- 毛周期のうち、成長期の毛の根元に主にレーザーは反応します。毛抜きを使用すると毛の根元がぬけてしまうのでレーザーが反応しません。そのため、脱毛期間中の毛抜きは行わないでください。
- 脱毛の当日の朝にご自身で電気シェーバーを使用し、剃毛を行ってからご来院ください。
- 脱毛が完了するまでには複数回かかりますが、その回数には個人差があります。
- レーザー脱毛処置の後に照射部位の皮膚が赤くなることがあります。通常は数日以内で軽快しますが、ヒリヒリとした刺激感や水疱、ニキビのような毛穴の化膿が見られる場合は外用薬の処方を行いますので医師にご相談ください。(保険診療として別途費用必要)
- 直前に日焼けをした肌にはレーザー照射はできません。また、照射後も日焼けをお避けください。
- 月経中や直前・直後は皮膚の反応が強くなる場合がありますので、なるべくお避けください。
- 脱毛の当日からシャワーは可能ですが、入浴は翌日からにしてください。
脱毛部位は2～3日は、スポンジなどでこすることを避けるようにしてください。
- 効果には個人差があります。
- コース契約の方は、有効期限は料金支払日より、2年間になります。
(ただし、医療ローンをご利用の場合は ローンを組まれた日より、1年間になります。)
- 別紙 剃毛料金一覧をよくお読み頂き、ご理解いただけましたらチェックをお願いします。
- 脱毛を施術する看護師は担当制ではございませんので、施術者によっては手順が変わる事がございます。
- 当日キャンセル・10分以上の遅刻の場合、キャンセル料として¥2,000- (税込) いただきます。
キャンセル、予約変更は、前営業日の受付時間内にご連絡をお願いします。
- 5万円以上のコース(複数部位で5万円以上は対象外)をご契約の方は、
別紙の概要書面・契約書面をよくお読み頂き、ご理解頂けましたらチェックをお願いします。

ケーズ皮膚科 美容皮膚科 小倉魚町院

院長 森永 萌美

以上、私は書面の内容を十分に理解し納得いたしましたので
医療レーザー脱毛の施術を受けることに同意いたします。

____年 ____月 ____日

ご住所

ご氏名

(未成年者の場合は保護者様のご署名 _____)

もしくは保護者同意書の提出