

# 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、減毛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ください。
- 日焼けをしている方は火傷をする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できませんのでご了承ください。

## 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"/> 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<br>(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       | <input type="checkbox"/> 日焼けをしている方                    |
| <input type="checkbox"/> 色素沈着または色素性病変がある方     |   |
| <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なって下さい。以上をご確認の上、この治療を受けてください。

※ご不明な点は、担当医・スタッフへご相談ください。

## 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)



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)



はまもとクリニック  
HAMAMOTO CLINIC

〒690-0033 島根県松江市大庭町144-1  
TEL0852-67-3623 院長 濱本 佑樹

## 脱毛を受ける方への注意事項

- 脱毛後の肌はデリケートな状態です。十分な保湿と外に出る場合は日焼け止め(SPF30以上)の使用をお願い致します。
- 施術当日は、入浴をせず、ぬるめのシャワー浴のみで照射部位を強くこすらないように注意しましょう。また、アルコール摂取や激しい運動は控えましょう。
- レーザー照射後は、ポップアップ現象(レーザー刺激で毛が膨張し一時的に濃くなったように見える)が起こることがあります。
- 脱毛期間中は**日焼けに十分ご注意ください**。また、毛抜きやワックスの使用は控えてください。
- 色素のない毛や白髪にはレーザーは反応しませんのでご注意ください。
- 生理期間中は肌トラブルや痛みが強く出やすいので脱毛は控えてください。なお、生理中のVIO脱毛はできません。
- レーザー照射後に発赤、腫れや毛嚢炎、火傷、硬毛化、色素脱失、色素沈着などを起こす場合があります。照射後の皮膚トラブルに関しては診察させて頂くことも可能ですのでお申し出ください。(診察に関しては診察代および薬代がかかります。ご了承ください。)
- 当院でのレーザー脱毛は毛が一気に抜け落ちるのではなく、**新たに生えてくる毛を減らしてゆく作用**があります(減毛効果)。
- 予約日の2日前から前日までに可能な限り剃毛を自身にて済ませて来てください。**剃毛が不十分であったり毛抜き、ワックスを使用した場合は脱毛効果が十分に得られないだけでなく疼痛の増悪、火傷のリスクがあります**。当院で剃毛を行う場合、別途料金(1部位あたり1100円)がかかります。また、時間の関係上、予定部位を照射できない可能性もあります。
- ご予約時刻の10分前にはご来院をお願いします。予定時刻を過ぎると、残り時間内での照射となる可能性があります。
- 次回の脱毛は、毛周期に個人差がありますがお体でだいたい1.5～2か月後、お顔で1～1.5か月後を目安にお越しください。

# 問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 医療レーザー脱毛用

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 性別 男・女

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

該当する項目の□にシ点を付けてご回答ください。

**①体毛はどのように自己処理されていますか？**

未処理 シェービング 毛抜き 脱毛クリーム 家庭用脱毛器 その他( )

**②過去に脱毛された経験はありますか？**

はい→医療機関 脱毛サロン エステサロン どの部位ですか?( )  
いいえ

**③現在治療中の病気や、過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？**

はい→具体的にお書きください( )  
いいえ

**④現在何かお薬を飲まれていますか？(治療薬、漢方薬、サプリメント等)**

はい→具体的にお書きください( )  
いいえ

**⑤アレルギーはありますか？**

はい→具体的にお書きください( )  
いいえ

**⑥肌のトラブルや皮膚疾患はありますか？(アトピー、ケロイド、腫瘍、ヘルペス、肝斑等)**

はい→具体的にお書きください( )  
いいえ

**⑦体内に金属が入っていますか？(ペースメーカー、ボルト等)**

はい→具体的にお書きください( )  
いいえ

**⑧最近2週間以内にヒアルロン酸注入やリフトアップ等の美容施術を受けられましたか？**

はい→具体的にお書きください( )  
いいえ

**⑨女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？また、授乳中ですか？**

はい・妊娠( )ヶ月 いいえ 妊娠の可能性あり 授乳中

**⑩脱毛ご希望箇所をお選びください。(複数回答可)**

両脇 肘上 肘下 膝上 膝下 手の甲、指 足の甲、指 お腹 胸  
背中(上) 背中(下) うなじ  
女性：VIO 女性：臀部 女性：顔全体 女性：顔部分的に(口まわりのみ等)  
男性：ひげ全体 男性：ひげ部分的に(鼻下のみ等)

ご協力ありがとうございます。

当院は脱毛機を2台完備しております。