

# 同意書

## ハイフ

- ジェルを用いて施術しますので、髪の毛・洋服に付着する可能性があります。
  - 発赤や軽い腫れ、熱傷（水疱や痂皮、色素沈着など）、圧痛、毛囊炎やニキビ、しびれや感覚脱失が生じることがあります。
  - 施術後は日焼け止めクリームを塗布し紫外線対策を心がけてください。メイクは翌日より可能です。
  - 当日は激しい運動、長時間の入浴、サウナ、飲酒などはお控え下さい。
  - 歯科のインプラント治療をされている方はその部分に熱感を強く感じる場合があります。
  - 照射後、皮膚トラブルが生じた場合には診察させていただきますので受診をお願いいたします。  
※診察には診療代、薬が処方される場合は別途薬代が発生します。予めご了承下さい。
  - 施術3日前より皮膚に刺激を与えるグリコール酸、サリチル酸、トレチノインなどが含有される外用薬の使用は避けて下さい。
  - 下記に該当する方、既往歴・現病歴、現在内服中のお薬があれば必ず事前にお申し出をお願いいたします。
  - 禁忌：リウマチ治療にて金製剤による治療歴がある方、光アレルギーの方、過度な日焼けをされている方、尋常性白斑の方、妊娠中の方、てんかん・癌・感染症を持病にお持ちの方、金の糸が入っている方は施術をお断りしております。治療部位に傷や皮膚腫瘍がある方、ペースメーカーや除細動器を入れている方、金属やシリコンがある方は治療がお受けできません。
  - 要相談：日焼けをされた方、お肌の乾燥が強い方、心臓疾患のある方、出血性疾患のある方、糖尿病の方、ケロイド体質の方、単純ヘルペスの活動病変がある方、授乳中の方、リウマチの既往歴がある方は治療が受けられない場合があります。
- ※ 授乳中の方は、トラブルが起きた際に内服薬の制限があるため出力を上げられない場合があります。
- ※ レーザーや医療機器はいずれも精密機器です。万が一、機器にトラブルがあった際には、同日に治療を受けていただけないことがございますのでご了承ください。
- ※ 施術ご案内用紙の内容も併せてご参照いただき、施術後の注意事項の厳守をよろしくお願いいたします。

私は上記内容を理解し、施術に同意します。

本人(18歳未満の場合は法定代理人欄の両方に署名が必要です)

令和 年 月 日 氏名

---

法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人

令和 年 月 日 氏名

---

(続柄 )

よつば会クリニック