

# 未成年者治療同意書

## 椿クリニック宛

### 医療レーザー脱毛「治療に関する同意

- 1、この治療は、レーザーを利用し、毛根を選択的に破壊し、半永久的な脱毛を目的とした治療です。
- 2、痛みは、個人差がありますが、部位によっては痛みが増すこともあります。
- 3、レーザー照射後は、毛孔周辺に赤み（軽い熱による炎症）が起こる場合があります。通常数時間以内に赤み、ヒリヒリした感じは消失し、自然に治ります。
- 4、当日は入浴もシャワーも可能ですが熱い湯をさけ、照射部を強くこすらないようにして下さい。
- 5、照射後痛みが出ることもあります。部位によってはクリームまたは軟膏を塗布します。
- 6、レーザー脱毛治療は1回で半永久的な脱毛を保障することができません（平均で3~5回必要）。続けて同じ部位を治療する場合は3週間期間を置く必要があります。また、その後に関しては個人差や部位によって差異が発生いたします。
- 7、個人差により、稀に治療部位に色素沈着が生じることがありますが、時間経過とともに消退してきます。
- 8、肌の色の濃い部分、あるいは毛の密度の濃い部位は、通常の照射出力では皮膚を痛める可能性があるため、照射出力を通常より下げて治療を行います。そのため、治療効果が少し弱まる場合があります。
- 9、皮膚疾患や、シミやほくろのある箇所は治療を行わないことがあります。
- 10、治療の経過により、発赤、水泡、痂皮を形成した場合は診察を受けて下さい。その後、当院の指示に従っていただきます。
- 11、皮膚の状態によっては、治療を停止・中止することがあります。

上記説明、治療方針を確認の上、全て了承したうえで、依頼者が治療を受けることを同意します。

年 月 日

依頼者住所 〒 \_\_\_\_\_

依頼連絡先 \_\_\_\_\_  
依頼者氏名 \_\_\_\_\_ 印

保証人住所 〒 \_\_\_\_\_

保証人連絡先 \_\_\_\_\_  
保証人氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( \_\_\_\_\_ )