

脱毛に関する説明・同意書

SPLENDOR Xについて

✿ 治療前注意事項

- ・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。
- ・日焼けをしないようSPF30以上の日焼け止めをして下さい。
※日焼けしてしまった場合には、日焼けが落ち着いてからの照射となります。
- ・治療部位に日焼け止めや化粧品(クリーム、化粧水含む)が残っていると、レーザーが成分に反応して熱傷を起こす可能性があります。照射前には必ず落として下さい。
- ・サンオイルを使用している場合は、1～2週間前より使用を控えて下さい。
- ・ブラジリアンワックス等の使用は避けて下さい。

✿ 治療後注意事項

- ・照射後、照射部位が腫れや赤みが残ることがありますが、冷却することにより軽減します。一過性の症状であり1週間程度で軽快します。1週間以上経過しても軽快しない場合は早めにご連絡下さい。
- ・色素沈着が起きることがあります。通常は数ヵ月かけて徐々に改善していきますが、ごくまれに改善されない場合がございます。
- ・レーザーが毛細血管にダメージを与え、一時的に点状に内出血が出る場合があります。通常は数日～1週間で徐々に消えていきますが、まれに内出血の跡が残る場合があります。
- ・照射直後は疼痛が強い場合がありますので、アイスパック等でクーリングを行います。
- ・必要に応じて外用薬の処置を行います。
- ・治療部位は掻いたりしないで下さい。皮膚を傷つけることで色素沈着になる可能性があります。
- ・当日は入浴をせず、シャワー浴のみとして下さい。飲酒、サウナ、激しい運動はお避け下さい。
- ・赤み・腫れ・痒みが強い場合は来院して下さい。
- ・治療期間中の日焼けは避けて下さい。日焼け予防対策を日常的に行って下さい。
- ・施術期間中、お肌ダメージの原因になりますので毛抜きはお控え下さい。
- ・部位ごとの毛周期に合わせたタイミングで施術を行うようにして下さい。
- ・照射後は医師の指示に従い、ホームケアを行って下さい。

✿ 治療方法と経過

施術部位の剃毛については、前日ご本人様で行っていただくことを推奨します。施術前、スタッフの判断で剃毛を追加する場合があります。麻酔については、医師と相談の上決定します。レーザー光から目を保護する為にゴーグルを着用します。照射中は外さないで下さい。施術者の指名はできかねます。予めご了承下さい。

施術の間隔は以下を目安にして下さい。

- ・VIO、顔：4～6週間
- ・脚、腕、背中、体幹：6～8週間

※一般的に、平均して4～6回が必要となります。効果には個人差があります。

❖ 治療を受けられない方

- ・光感受性が高いの方
- ・1ヵ月以内の積極的な日焼けがある方
- ・施術する部位に炎症、腫脹、感染などがある方
- ・金製剤の使用歴がある方
- ・色素性母斑の部位
- ・タトゥーの部位
- ・妊娠中・授乳中の方

❖ 副作用

- ・照射した後に照射部位が腫れや赤みが残る場合がありますが、数時間で治まります。また、冷却することにより軽減します。
- ・施術後に、毛の部位に紅斑や軽い浮腫が生じる場合がありますが、冷却することにより軽減します。医師の指示に従って外用薬を塗っていただくこともあります。
- ・施術後に、かゆみを生じる場合がありますが、皮膚を擦る、引っ掻くなどの刺激を与えないことが重要です。
- ・まれに硬毛化を生じることがあります。その場合は、医師にご相談下さい。
- ・まれに火傷、色素沈着などを含む副作用が生じる可能性があります。副作用が生じた場合は、速やかに医師にご相談下さい。
- ・毛穴に細菌が入り、毛囊炎を起こす場合があります。清潔に保つようにして下さい。
- ・施術当日は飲酒、入浴、激しい運動など血行を促進するようなことはお避け下さい。
- ・施術期間中、毛のお手入れは、剃るなどの方法にし、抜かないようにして下さい。
- ・副作用のリスクを減らし、治療の効果を上げるために、必ず日焼け止めを塗って下さい。※SPF30以上を塗って下さい。
- ・陰囊にレーザー脱毛器を照射した場合、男性不妊のリスクを否定できません。
- ・陰囊へのレーザー照射が身体に与える影響に関するエビデンスが乏しいため、施術の安全性について確立ができておりません。通常の使用方法で施術を行っても健康被害が起こる可能性があります。

治療中は必ず医師の指導に従って下さい。医師の指導に従わない場合、十分な治療効果を得られないだけでなく、障害が発生する場合があります。また、治療の過程で異常を感じた場合は必ず医師や看護師に報告し、必要な時は医師の診察を受けその指示に従って下さい。

脱毛に関する同意書

私は上記の脱毛の作用・副作用および安全性について十分に理解し、
脱毛治療を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名

*18歳未満の方は保護者の
同意書が必要です。

(18歳未満の方のみ)
保護者氏名

お預かりした個人情報は「にしたんARTクリニック 美容内科・美容皮膚科」の全ての医院で共有いたします。予めご了承下さい。