

当院で使用する米国キャンデラ社製GentleMax Proは、厚生労働省の医療機器承認を取得したロングパルスアレキサンドライト・ネオジウムヤグレーザーです（承認番号：23000BZX00128000）。アレキサンドライトレーザーとヤグレーザーの波長を使い分け、毛根のメラニン色素にレーザー光線を吸収させて、その熱で毛根周囲の組織にダメージを与え長期間における減毛（脱毛）を行うことができる施術方法です。毛には毛周期（毛が生えかわるサイクル）があり、脱毛ではその毛周期の成長期にある毛にレーザーを照射することで減毛（脱毛）の効果がみられます。部位によって治療の間隔は違ってきますが、約1ヶ月半から2ヶ月毎に照射を繰り返していきます。平均で5回～10回、年齢や部位によっては10回以上かかることもあり個人差があります。また当院では、常勤の皮膚科医はおらず、急なトラブルに対応しかねることもあります。下記の注意や予想される合併症・効果についてよくお読みのうえ、施術を受けられるかどうかご自身でご判断ください。

施術が受けられない方

下記の病気や症状がある方、下記薬剤の使用中的の方は施術を受けられません。

- 光過敏症（755nm・1064nmの光に過敏）
- 単純ヘルペス1型、2型の活動病変
- 開放創や感染創
- 刺青の部位
- 施術部位の癌
- 2ヶ月以内の日焼け
- 真皮性の色素斑の部位
- リウマチ治療にて金製剤による治療歴
- 妊娠中の方（安全性が確立されていません）。
- ペースメーカーや除細動器を入れている方

施術に注意が必要な方

下記の病気や症状がある方、下記薬剤を使用中的の方は医師の判断によって施術が受けられない場合があります。かかりつけ医にご相談してください。

- てんかん発作
- ケロイド、癬痕体質
- 免疫抑制剤
- ステロイド製剤
- 全身状態不良
- 糖尿病等の慢性疾患
- フィラー注入部位
- 黒子の部位
- 抗凝固剤・鉄剤
- イチョウ等のサプリメント

施術前注意事項

- 色素のない毛、白髪、金髪などには反応しませんのでご了承ください。
- 毛抜き、脱毛ワックス等は、脱毛効果が薄れてしまいます。施術前に使用しないでください。
- 外出時、脱毛箇所は上着を羽織ったり日焼け止めを塗ったりなどの紫外線対策を行ってください。
- 生理期間中は肌トラブルや痛みが出現しやすいため、脱毛は避けていただくことを推奨いたします。
- 生理中のV I O脱毛は感染予防のためお受けできませんのでご了承ください。
- 火傷の原因となるため身体照射部位に保湿クリームなど何も塗布していない状態でお越しください。
- 脱毛当日までに、施術部位のシェービングをお願いいたします。1mm以下
※ 剃り残しがある場合、その部位を避けて照射することがございますのでご了承ください。

当院での剃り残しのシェービングをご希望される場合は、一部位1,100円（税込）で対応いたします。**VIOの剃毛は不可。**

施術中の注意事項

- いつもと違った痛みや、ヒリヒリするなど違和感がある場合はお申し出ください。
レーザーの光から目を保護するためにゴーグルについて、照射中は外さないでください。目を閉じた状態でも明るく光を感じることもありますが、影響はありません。直接レーザー光をみないでください。

施術後の注意事項

- レーザー照射後に赤み、腫れ、毛嚢炎、火傷、炎症後色素沈着、色素脱失、硬毛化、薬剤性光過敏症等を起こす場合があります。照射後、皮膚トラブルが生じた場合、皮膚科受診をお願いいたします。
- 照射後は肌が乾燥しますので十分な保湿でのスキンケアをおこなってください。低刺激のものを推奨します。
- 焼けた毛が上手く毛穴から抜けずに毛穴に残る場合がありますが、徐々に抜け落ちますので無理に抜いたりしないでください。個人差がありますが抜け落ちるのに3～4週間かかる場合もあります。
- レーザー脱毛を継続している間の日焼けは禁止です。日常から遮光をおこなってください。

- ※ 診察は診療代がかかります。薬が処方される場合、別途薬代がかかりますのでご了承ください。
- ※ レーザーを受けられて上記のような症状が出現したことがある方は、必ず事前にお申し出ください。
- ※ 施術後の注意事項の厳守をお願いいたします。

- 男性脱毛レーザーに関して、当法人が**迷惑行為と判断した際は照射をお断りする場合があります。**なお施術料金の返金対応については行いません。

合併症について

【熱傷や凍傷】 【毛嚢炎】 【硬毛化】 【アレルギー反応】

別紙参照

※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、同日に施術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。

- 施術が受けられない方、施術に注意が必要な方を確認しました。
- 施術前、中、後の注意事項を確認しました。
- 合併症について確認しました。
- 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、法定代理人の欄にご署名が必要です）。

令和 年 月 日 氏名

法定代理人

令和 年 月 日 氏名 (続柄)