ULTRAcel【ハイフ】同意書

- 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、毛嚢炎やニキビ、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。化粧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ことがあります。
- 照射後、皮膚トラブルが生じた場合には診察させて頂きますので受診をお願い致します。
  ※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。
- 「出血性疾患のある方、光線過敏症（SLE 等）の方、過去にレーザーにて合併症が生じた方、治療部位に皮膚疾患、前癌病変や癌、感染症がある方、ペースメーカーや埋め込み式除細動器が入っている方、アルコール中毒や薬物中毒に該当する方、金の糸を入れている方、金製剤（直近の１年）の治療歴がある方」は、治療を控えていただきます。

下記に該当される方は治療を受けることが出来ないことがあります。事前に申告をお願い致します。

- 授乳中、妊娠中の方
- 糖尿合併症を発症している方、膠原病など自己免疫性疾患がある方
- てんかんの既往歴がある方
- 現在、治療中の病気がある方
- 治療部位に金属プレート、シリコンやインプラント(歯のインプラントやブリッジも含む)が入っている方
- 最近、ヒアルロン酸注入、脂肪注入、スレッドリフトをされた方
- ケロイド部位への治療、あるいはケロイド体質の方
- ヘルペスウイルスに感染している方
- ※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事がありますのでご了承ください。

私は上記内容を理解し、施術に同意します。

〇本人（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

〇法定代理人（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　伊丹院