

「医療レーザー脱毛」施術同意書

- 1 レーザー脱毛は毛周期の関係上、平均5回以上の照射が必要です。効果に個人差があり、部位により効果の出にくいこともあります。
- 2 施術は予約制で、1 枠 1 時間の予約で行っております。予約時間の 10 分前に必ずご来院下さい。ご予約時間に遅れて来院されますと、施術時間が短くなりますのでご注意下さい。
- 3 レーザーを照射する際、前日までに照射部位の剃毛をご自身で行っていただきますようお願い致します。また、十分に剃毛が行われていなかった場合に、剃毛料金として当院規定の 1 部位 1 0 0 0 円・毛量の多い方は 1 部位 2 0 0 0 円を承りますのでご了承下さい。
- 3 日焼け直後やしみ・あざ・ほくろ・皮膚疾患がある方の施術は行えない事があります。
- 4 レーザー照射後、ごく軽度の熱傷状態となりますので保湿を十分に行ってください。赤みが引けないなど、肌トラブルが生じた場合は医師にご相談ください。
- 5 施術当日より 2 カ月ほど間隔をあけて施術となります。
- 6 施術当日は温めることにより赤みが出る原因になりますので、入浴を控えシャワー浴にすることをおすすめします。
- 8 万が一、未知の副作用が生じた場合は誠意をもって対処いたしますが、その発生においては免責事項とさせていただきます。

上記の内容を完全に理解し納得いたしましたので「医療レーザー脱毛」施術内容に同意し、
申し込みます。

年 月 日

住所：〒

氏名：

連絡先：

(本人が 1 8 歳未満の場合)

保護者住所：〒

保護者氏名：

連絡先：

医療法人博心会 一関すずき整形外科クリニック

〒021-0035 一関市山目字才天 221 TEL 0191-33-1110

院長 鈴木道博