

レーザー脱毛同意書

肌タイプ、日光露出、および薬剤スクリーニングを含むレーザーおよびIPL脱毛の知識に基づいた同意

クライアント情報

名 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

施術の詳細

施術部位 *

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| ☐ 顔・口周り・あご | ☐ 脇 | ☐ 腕 |
| ☐ ビキニ・ブラジリアン | ☐ 脚 | ☐ 背中・胸部 |
| ☐ その他 | | |

日焼けに対する肌の反応は? *

- | | |
|--|--|
| ☐ 常に焼ける、日焼けしない (I型) | ☐ 通常焼ける、わずかに日焼け (II型) |
| ☐ 時々焼ける、段階的に日焼け (III型) | ☐ 焼けにくい、容易に日焼け (IV型) |
| ☐ 非常に焼けにくい、非常に容易に日焼け (V型) | ☐ 焼けない、濃色素沈着 (VI型) |

過去2〜4週間に、施術部位に日光露出、日焼けサロン、またはセルフタニング剤を使用しましたか? *

- ☐ はい ☐ いいえ

過去4週間に、施術部位をワックス脱毛、抜毛、スレッド脱毛、または除毛クリームで処理しましたか? *

- ☐ はい ☐ いいえ

以前にレーザーまたはIPL脱毛を受けたことがありますか? *

- ☐ はい ☐ いいえ

以前施術を受けた場合、悪い反応がありましたか?

医療歴

妊娠中、妊娠を試みている、または授乳中ですか? *

- ☐ はい ☐ いいえ

以下のいずれかに該当しますか？

- ☐ 自己免疫疾患 (ループス、関節リウマチ、多発性硬化症など)
- ☐ 出血性疾患または抗凝血薬服用中
- ☐ 糖尿病
- ☐ ケロイドまたは肥厚性瘢痕の既往
- ☐ がん (現在または過去5年以内)
- ☐ 免疫抑制/免疫疾患
- ☐ 上記のいずれでもない

過去6ヶ月にイソトレチノイン (アキュテイン) を服用しましたか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

光増感性薬物 (特定の抗生物質、レチノイド、セイヨウオトギリソウなど) を服用していますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

施術部位に口唇ヘルペスまたはヘルペス再発がありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

施術部位にタトゥーまたは永久メイクがありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

PCOS、ホルモン異常、またはホルモン療法を受けていますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

現在の薬物およびサプリメント

アレルギー (医薬品、ラテックス、リドカイン、麻酔薬)

リスク・合併症

潜在的なリスクと合併症:

- 赤み、腫れ、日焼けのような感覚 数時間から数日間
- 水ぶくれやかさぶた (稀)
- 色素過沈着または色素減少 —
より暗いまたはより明るい斑点、通常は一時的だが時折長期間続く、日焼けまたはより暗い肌色でより可能性が高い
- 逆説的な毛の成長 — 特に顔と首の施術部位付近の新しい細い毛
- 瘢痕 (稀)
- 眼損傷 保護眼鏡を着用していない場合

レーザー脱毛は毛を減らします。永久脱毛ではありません。通常、6〜8回のコース、4〜8週間ごと、およびメンテナンスが必要です。各施術の2週間前後に、施術部位への日光露出を避け、SPF30以上を使用してください。

毛色、肌色、ホルモンによって結果が異なること、白髪、赤毛、または非常に細い毛の反応が悪いこと、および複数の回数とメンテナンスが必要であることを理解しています。

毛の減毛は永久脱毛ではないこと
を理解しています: _____

日焼けした肌または日光露出した肌は火傷と色素変化のリスクを大幅に増加させることを理解し、施術前後に日光露出とセルフタニング剤の使用を避けることに同意します。

日焼け防止指示に
従います: _____

施術ログ

オフィス使用のみ

	日付	部位	デバイス / 出力密度 / スポット	備考
記入 1				
記入 2				
記入 3				
記入 4				
記入 5				
記入 6				

同意・署名

レーザーまたはIPL脱毛施術の実施に自発的に同意します。火傷と色素変化の可能性を含む利点、リスク、代替案、および潜在的な合併症について通知されています。これは選択的な美容手術であり、結果について保証がなされていないことを理解しています。過失がない場合を除き、この施術に関連する責任からプロバイダーと診療所を免除します。

上記の情報を読んで理解したこと、および知識に基づいた同意を与えることを確認します。

上記の情報を読んで理
解しました: _____

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。

テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。