

レーザー治療同意書

レーザー脱毛、IPL、およびレーザー皮膚再生治療の知情同意

クライアント情報

名前 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

治療の詳細

レーザー治療の種類 *

- | | |
|---|--|
| ☐ レーザー脱毛 | ☐ IPLフォトフェイシャル |
| ☐ レーザー皮膚再生（フラクショナルCO2、エルビウム） | ☐ レーザータトゥー除去 |
| ☐ 血管レーザー（クモの巣状血管、赤み） | ☐ 色素レーザー（シミ、肝斑） |

治療エリア *

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 顔 | ☐ 首 | ☐ 胸部 |
| ☐ 腕 | ☐ 脇の下 | ☐ 背中 |
| ☐ 腹部 | ☐ ビキニライン | ☐ 両脚全体 |
| ☐ 下腿 | ☐ 手 | |

セッション番号

健康スクリーニング

現在妊娠中、または授乳中ですか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

過去2〜4週間以内に日焼け、セルフタニング、または日焼けサロンを使用しましたか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

光感作性医薬品（抗生物質、レチノイド、アキュテイン）を服用していますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

治療部位にアクティブな皮膚感染症、開いた傷、または唇ヘルペスがありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

以下のいずれかに該当しますか？

- ☐ 白斑症
 ☐ 肝斑
 ☐ 肥厚性瘢痕の既往歴
 ☐ 光誘発性発作障害
 ☐ ペースメーカーまたは埋め込み型医療機器
 ☐ 上記のいずれでもない

フィッツパトリック皮膚タイプ*

- ☐ タイプIー 常に焼ける、日焼けしない
 ☐ タイプIIー 通常焼ける、最小限の日焼け
 ☐ タイプIIIー 時々焼ける、均等に日焼け
 ☐ タイプIVー 最小限の焼け、容易に日焼け
 ☐ タイプVー 稀に焼ける、濃く日焼け
 ☐ タイプVIー 焼けない、濃い色素沈着

リスクと術後ケア

潜在的なリスク:

- 赤み、腫れ、熱感（一般的、数時間～数日で消失）
- 水疱または痂皮（稀）
- 過度色素沈着または色素脱失（より濃い肌色でより可能性が高い）
- やけどまたは瘢痕（稀）
- 逆説的毛髪成長（脱毛時は稀）
- 保護眼鏡を着用しない場合の眼損傷
- 単純ヘルペスの再活性化（唇ヘルペス）

術後ケア:

- 必要に応じて冷湿布とアロエベラを塗布してください
- 日光への露出を避け、最低4週間毎日SPF 30+を塗布してください
- 治療部位をかきむしったり触れたりしないでください
- 24～48時間の間、熱いシャワー、サウナ、運動を避けてください
- セッション間にワックス、毛抜き、脱毛クリームを使用しないでください（剃毛はOK）

レーザー治療の潜在的なリスクについて通知を受けており、すべての術後ケア指示に従うことに同意します。

リスクと術後ケア要件を理解しています:

サービスログ

オフィス使用のみ

	日付	エリア	波長	フルエンス/設定
エントリー 1				
エントリー 2				
エントリー 3				
エントリー 4				
エントリー 5				
エントリー 6				

同意と署名

上記のレーザー治療に同意します。リスク、利益、および代替手段について通知を受けました。すべての関連する健康情報を開示し、術後ケア指示に従うことに同意します。提供者の責任を免除します。

上記の情報を読んで理解したことを確認し、知情同意を与えます。

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。