

マイクロニードリング同意書

マイクロニードリング（コラーゲン誘導療法）治療の情報に基づいた同意書

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

治療詳細

マイクロニードリングデバイス *

☐ SkinPen

☐ Dermapen

☐ Morpheus8（RFマイクロニードリング）

☐ Vivace

☐ その他

治療部位 *

☐ 顔全体

☐ 首

☐ デコルテ

☐ 手

☐ 妊娠線

☐ ニキビ跡（特定部位）

追加セラム（該当する場合）

☐ PRP（多血小板血漿）

☐ ヒアルロン酸セラム

☐ 成長因子セラム

☐ ビタミンCセラム

☐ なし

健康スクリーニング

現在、治療部位にアクティブなニキビ、酒さの悪化、または皮膚感染症がありますか？ *

☐ はい

☐ いいえ

血液凝固障害があるか、血液希釈薬を服用していますか？ *

☐ はい

☐ いいえ

ケロイドまたは肥厚性瘢痕の病歴がありますか？ *

☐ はい

☐ いいえ

現在、妊娠中または授乳中ですか？ *

☐ はい

☐ いいえ

過去2週間以内に以下の治療を受けましたか？

☐ ケミカルピーリング

☐ レーザー治療

☐ ワックス脱毛

☐ 日焼け

☐ 上記のいずれでもない

リスク及びアフターケア

予想される症状：

- 24～72時間、日焼けのような発赤と軽度の腫れ
- 治療中の軽微な点状出血（正常）
- 皮膚がつっぱり、温かみ、敏感に感じる
- 3～5日間の軽微な脱皮または剥落

潜在的なリスク：

- 持続的な発赤または腫れ
- 内出血
- 感染（アフターケアに従わない場合）
- 炎症後色素沈着
- 瘢痕形成（稀）
- 局所製品に対するアレルギー反応
- 発疹またはミリア

アフターケア：

- 直射日光を避け、最低2週間はSPF 30+を使用してください
- 24時間はメイクをしないでください
- 72時間はアクティブなスキンケア製品（レチノイド、AHA、ビタミンC）を使用しないでください
- 肌を清潔で潤った状態に保ってください
- 治療部位をひっかいたり、つまんだりしないでください
- 48時間は水泳、サウナ、激しい運動を避けてください

マイクロニードリングの潜在的なリスクを認識し、提供されたすべてのアフターケア指示に従うことに同意します。

リスクとアフターケア要件を
理解しています:

サービスログ

オフィス使用のみ

	日付	部位	深さ (mm)	回数
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				

同意及び署名

上記で説明されたマイクロニードリング処置に同意します。リスク、利点、および代替案を理解しています。質問する機会を得ており、満足のいく回答を受けました。治療前後のすべての指示に従うことに同意します。プロバイダーおよび診療所を責任から解放します。

上記の情報を読んで理解したこと、および情報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。