

RF マイクロニードリング同意書

ラジオ波マイクロニードリング（Morpheus8型デバイス）、インプラント、ペースメーカー、および皮膚スクリーニングの同意書

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	

治療詳細

治療エリア *

- | | | |
|------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| ☐ 顔 | ☐ 首 | ☐ 顎線・顎下 |
| ☐ 腹部 | ☐ 腕 | ☐ 太もも・臀部 |
| ☐ その他 | | |

目標

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 皮膚の引き締め | ☐ ニキビ跡 | ☐ 肌質・毛穴 |
| ☐ ストレッチマーク | ☐ 皮下脂肪の減少 | |

以前にマイクロニードリングまたはRF治療を受けたことはありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

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、RA、MS等） | ☐ 出血性疾患または抗血液凝固薬服用中 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ ケロイドまたは肥厚性瘢痕の既往歴 |
| ☐ 癌（現在または過去5年以内） | ☐ 免疫抑制状態・免疫疾患 |
| ☐ 上記のいずれにも該当しない | |

ペースメーカー、除細動器、またはその他のインプラント電子機器を装着していますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

治療予定部位に金属インプラント、プレート、またはネジがありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

過去6ヶ月以内にイソトレチノイン（アキュテイン）を服用したことはありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

対象部位に活動性ニキビ、感染症、口唇ヘルペス、または開放創がありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

過去2週間以内に対象部位にフィラー、神経毒素、またはスレッドを受けましたか？ *

☐ はい ☐ いいえ

肝斑または炎症後の色素沈着の既往歴がありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

過去2週間以内に日焼けまたはタンニング施術を受けましたか？ *

☐ はい ☐ いいえ

現在服用中の医薬品及びサプリメント

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：

- 発赤、腫脹、温感 — 1～3日間；点状出血と軽い痂皮形成は予想されます
- グリッドマーク — 針パターンから生じ、数日以内に消失
- 瘀血 — 特に血液希釈薬またはフィッシュオイル服用中の場合
- 色素沈着過剰または過少 — 日焼けした肌、肝斑、または濃い肌色でより可能性が高い
- 感染症 または口唇ヘルペスの再発
- 火傷、水疱、脂肪喪失 — エネルギーが高すぎる場合（稀）
- 瘢痕形成（稀）
- 神経刺激 — 一時的な麻痺またはうずき（稀）

ほとんどの人は4～6週間間隔で3回の治療が必要で、コラーゲン結果は3～6ヶ月かけて発現します。治療前に麻酔クリームを塗布します。

予想される発赤、腫脹、グリッドマーク、および点状出血、ならびに色素変化、感染症、火傷、瘢痕形成のようなより稀なリスクを理解しています。

予想されるダウンタイムとリスク
を理解しています:

インプラント電子機器や治療部位の金属がなく、イソトレチノインと血液希釈薬を含むすべての医薬品を開示したことを確認します。

インプラントと医薬品を
開示しました:

写真利用許可

治療経過を記録するため、ビフォーアフター写真を撮影してもよろしいですか？ *

- ☐ はいー 医療記録のみの使用
- ☐ はいー マーケティング目的で匿名で使用してもかまいません
- ☐ いいえ

サービスログ

オフィス使用のみ

	日付	エリア	深さ・エネルギー・パス数	備考
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・署名

ラジオ波マイクロニードリング治療に自発的に同意します。利益、リスク、代替案、および潜在的な合併症について情報を受けました。これは選択的な美容治療であり、結果は異なり数ヶ月かけて発現することを理解しており、結果の保証は行われていません。過失を除き、この治療に関連した責任について、医療提供者と診療所を免責します。

上記の情報を読んで理解したことを確認し、インフォームドコンセントを与えます。

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。