

## LightSheer Quattro

### 説明・同意書

この施術は、ダイオードレーザーを毛に照射することで、毛包を選択的に破壊し、長期的に減毛させるものです。毛の生えるサイクルに合わせて、複数回の施術をおこないます。効果や施術間隔、施術回数には個人差があります。

- 照射の際、特に太い毛や毛が多い部位は痛みを生じることがあります。照射後は、軽度の日焼けのようなほてり感を感じる場合がありますが、通常は数時間で治まります。  
※冷却することにより軽減します。
- 施術後に、毛の部位に紅斑や軽い浮腫が生じる場合があります。医師の指示に従って外用薬を塗っていただくこともあります。※冷却することにより軽減します。
- 施術後に、かゆみを生じる場合があります。皮膚を擦ったり、引っ掻くなどの刺激を与えないことが重要です。
- まれに紫斑を生じることがあります。紫斑が生じた場合は数日間続くことがあります。
- まれに硬毛化を生じることがあります。その場合は、医師にご相談ください。
- まれに火傷、色素沈着などを含む副作用が生じる可能性があります。副作用が生じた場合は、速やかに医師にご相談ください。
- 施術期間中、毛のお手入れは、剃るなどの方法にし、抜かないようにしてください。
- 経過を見るために臨床写真を撮ることがあります。

#### ◆ 禁忌事項 ◆ 禁忌事項に該当する患者様は、この施術を受けることが出来ませんのでご了承下さい

<input type="checkbox"/> 光感受性が高い/高光感受性の医薬品の使用	<input type="checkbox"/> 色素性母斑（異形成）
<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に積極的な日焼け（海外旅行、海、山、ゴルフ、日焼けサロンなど）	<input type="checkbox"/> タトゥーの部位
<input type="checkbox"/> 活動性の感染	<input type="checkbox"/> 著しい皮膚症状又は炎症性の皮膚症状
<input type="checkbox"/> 皮膚がん（皮膚がんの既往歴又は治療部位に前がん病変がある場合を含む）	<input type="checkbox"/> 活動性のヘルペス、裂傷または擦過傷の部位
<input type="checkbox"/> 金製剤の使用歴	<input type="checkbox"/> 慢性の感染症、ウイルス、真菌、または細菌感染
	<input type="checkbox"/> 妊娠および授乳中

副作用のリスクを減らし、施術の効果を上げるために、**必ず日焼け止め (SPF25 以上) を塗ってください。**本施術に関してご不明な点は、担当医とご相談下さい。

#### <同意書>

私は担当医師 \_\_\_\_\_ から、今回の施術について、その方法、効果、副作用などについて詳しい説明を聞き、理解しました。その上でこの施術をうけることに同意いたします。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

(必要な場合には、保護者の方の署名をおねがいたします)

保護者署名 \_\_\_\_\_