

インフォームド・コンセント（レーザー脱毛）

＜施術の内容＞

- ・ 脱毛専用レーザー（熱破壊式もしくは蓄熱式）を使い、毛根にダメージを与え脱毛する治療法です。

＜施術に関する注意事項＞

- ・ 月経中はV・Iの施術は受けられません。
- ・ 日焼けをしている方は火傷のリスクがあるため、施術をお断りする場合があります。
- ・ 施術部位の状態によっては、施術をお断りする場合があります。
- ・ 施術当日は火傷のリスクがあるため、日焼け止めは控えて下さい。
- ・ 剃毛が不十分な場合、剃毛後のレーザー照射になるため、照射時間が短くなります。そのため、時間内に全てレーザー照射できない可能性もあります。
- ・ コースを終了しても完全に脱毛できるわけではありません。気になる量が残っている場合は治療を継続してください。
- ・ 照射漏れのないよう施術していますが、小範囲であれば再照射していません。

＜施術後の注意事項＞

- ・ 施術当日、湯船に浸かる事は避けて下さい。シャワー浴は普段通りおこなっていただいて結構です。石鹸や洗顔料の使用は可能ですが、施術部位をナイロンタオルなどで強く擦ることは避け、泡で優しく洗うよう心がけてください。
- ・ レーザー照射後、肌が赤くブツブツになる事があります。2～3日で治まりますので様子を見てください。
- ・ 脇のレーザー照射後、1週間は制汗剤の使用を控えてください。
- ・ 施術当日の飲酒は避けて下さい。

＜起こりうる合併症＞

- ・ 火傷、色素沈着、硬毛化、毛嚢炎、皮膚炎、瘢痕拘縮、白斑のリスクがあります。
- ・ 効果に個人差があります。
- ・ 反応が悪い場合や、硬毛化をきたした場合は、別のレーザーや針脱毛に方針を変更することがあります。
- ・ 最終的に完全に脱毛できないことがあります。

＜その他の説明事項＞

- ・ 剃毛料：一部位につき550円（片側：550円、両側：550円×2）※明らかな剃り残しの場合も頂戴します。
- ・ かゆみ止め・抗炎症クリーム：初回のみ無料でお渡しします。初回以降の本人様の希望のお渡しは有料になります。
- ・ ご納得いただき受けられた治療に対しては返金対応を行っておりませんので、しっかりとご検討いただき、疑問点などがありましたら、施術日までに再度カウンセリングにおこしください。

＜遅刻・キャンセルについて＞

- ・ 遅刻：開始時間に遅れられた場合、時間の延長はありません。残りの時間でできる範囲でのレーザー照射になります。
- ・ 前日の正午までのキャンセル→無料（診察時間外のキャンセル対応不可）
- ・ 前日の正午以降にキャンセル→下記キャンセル料金が発生します

★キャンセル料金について

●カウンセリング・診察のみの予約
5,500円(税込)

●医師の施術予約 (PRPは除く)

- ・ 33,000円(税込)
- ・ チタニウムリフト→正規料金100%

●看護師・エステの施術予約

- ・ 正規料金100%
- ・ 他院抜糸、ピアス→11,000円(税込)

★キャンセル料のお支払いについて

下記の銀行にてお振込みいただくか、営業時間内に店舗にお支払いに来ていただきますようお願いいたします。

なお、手数料はお客様負担とさせていただきます。

お支払方法：銀行振込

三井住友銀行 京阪京橋支店

普通口座 1856339

口座名義 コマチクリニック ドイヒデアキ

お支払期限：予約日より7日以内

●キャンセル料金 特別免除

- ・ 病気の場合→病院の領収書をお写真にて送付いただいた場合は免除させていただきます。
- ・ 公共交通機関の遅延・運休→遅延証明書をお写真にて送付いただいた場合は免除させていただきます。

※ コース消化でご予約されている場合は、コースの消化または正規料金100%が発生します。
※キャンペーン価格でご予約・ご購入いただいた場合も同様のキャンセル料が発生します。
※ 自然災害、設備や機械のトラブル、医師やその他職員の急な体調不良等による欠員などで現実的に施術をすることが不可能となる場合があります。その場合は、施術日の振替で対応させていただきます。振替により発生する公共交通機関のキャンセル料や変更料などの費用は補償致しかねます。

＜ 18歳未満の治療＞

治療当日保護者様の署名・続柄・電話番号の記載漏れ、捺印がないなどの不備がある場合は治療をお受け頂くことができません。その際、治療は当日キャンセル扱いになり、施術代金全額をキャンセル料として頂戴いたします。また保護者様のご署名等のご記入は直筆でお願い致します。

治療依頼承諾書

医療法人杏皇会 御中

1. 私は、レーザー脱毛に関し、前記のインフォームド・コンセント（レーザー脱毛）の内容を十分に理解いたしましたので、その実施を承諾し依頼いたします。
2. 治療中、治療後の経過中に特段の処置を要する事態が生じた場合には、必要とされる処置を行っていただくことを希望し、依頼いたします。
3. 治療の内容・リスクを十分に理解し、同意・承諾をいたしましたので、万が一予期に反する結果となりましても、異議を申し立てるようなことはいたしません。
4. 治療にあたって必要な写真等の記録を残すことに同意します。
5. 治療を行うに当たって必要となる個人情報（氏名、住所、生年月日、電話番号、治療部位の写真等）は、貴院の個人情報保護に関する規定を遵守して使用されることを同意いたします。
- 治療部位の写真は、治療もしくは学術的な用途にのみ使用することに同意します。
6. この書面上の署名押印は、私の自由意思により行ったものであり、誰からも強制されたものではありません。また、18歳未満における保護者（民法上の親権者または後見人）の署名押印は、間違いなく保護者自身が行ったものです。

該当するものを選択してください（複数選択可）

問診票の氏名、生年月日、住所、連絡先に相違はありません。
私は、18歳未満のため保護者の同伴のもと治療を行います。（＊保護者の入力欄あり）

同意日

--

本人署名

＊保護者（治療受けるものが18歳未満の場合、保護者の欄に署名をお願いいたします。）

＊続柄

--

＊保護者TEL

--

説明日

説明者