

●未成年

インフォームド・コンセント（ホクロ・イボ・アクロコルドン治療）

<治療の内容>

- ・麻酔なし（氷冷）、局所麻酔を行い、切除＋縫合手術、電気焼灼、剪刃切除・Q-ALEXレーザー、COREレーザーでホクロ・イボ・アクロコルドンを除去します。

<治療後の日常生活上の注意>

- ・入浴、洗髪、洗顔、メイクは、テープを貼ったまま、治療当日から普段通りにおこなってください。縫合を行っている場合に限り、48時間はガーゼを濡らさないようにして下さい。
- ・テープは、剥がれたり、汚れたりした場合に交換して下さい。
- ・ガーゼ（切除＋縫合手術の場合）は、濡れたり、汚れたりした場合に交換して下さい。濡れたままにしておかないで下さい。
- ・運動は手術当日からジョギング程度、1週間後から水泳などが可能です。縫合を行っている場合に限り、抜糸後からジョギング程度、2週間後から水泳などが可能です。
- ・できるだけ傷口をこすらないように心掛けて下さい。

<起こりうる合併症>

- ・内出血：切除＋縫合手術の場合、まれに見られます。
- ・血腫：切除＋縫合手術の場合、非常にまれに起こります。
- ・腫れ：目元以外では、ほとんど腫れません。
- ・感染：非常にまれですが、周りが赤くなったり、痛みや熱感がある場合はご相談ください。
- ・凹み：電気焼灼、COREレーザーの凹みは、数カ月で改善しますが、時に残る場合もあります。
- ・再発：時に再発する場合がありますので、黒い点が出てきた場合は、早めにご相談ください。Q-ALEXレーザーで1回で取れなかった場合の追加照射は2～3ヶ月待つ必要があります。
- ・色素沈着：電気焼灼やレーザーでは、色素沈着が出ることがありますが、数ヶ月で消退していきます。

- ・傷跡：切除＋縫合手術の場合、1～3ヶ月間、テープ固定を行うことでよりきれいにすることができます。ご相談ください。
- ・ケロイド：胸や背中、腕などの場合、体質が原因で生じることがあります。膨らんで来た場合は早めにご相談ください。
- ・検診：10日～2週間後に検診を行います。（有料）

<その他の説明事項>

- ・病理組織検査は、約10日後に結果が出ます。
- ・病理組織検査の結果によっては、再手術が必要となる場合もあります。
- ・検診の場合でも再診料がかかります。
- ・Q-ALEXレーザー・COREレーザーは照射毎に費用がかかります。
- ・ご納得いただき受けられた手術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。
- ・わからないことやご心配なことがあれば、遠慮なくスタッフにお尋ねください。

<キャンセル料について>

- ・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、ホクロ・イボ治療に関し、前記のインフォームド・コンセント（ホクロ・イボ治療）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。

該当するものを選んでください。（複数回答可）

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

同意日 ※記入日ではなく、施術受診日をご記入ください。（例：▲▲▲▲年／◆◆月／●●日）

年 月 日

本人署名

＊保護者署名（治療を受けるものが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

