

●未成年 インフォームド・コンセント（V-beam治療）

<治療の内容>

- ・波長595nmの色素レーザーを患部に照射することで、赤アザ・赤ら顔・小鼻の赤み（酒さ）・下肢静脈拡張・赤ボクロ・美顔・ニキビ・小じわの治療が行えます。

<治療後の日常生活上の注意>

- ・入浴、シャワー浴は治療当日から暖まり過ぎないようにおこなってください。
- ・洗髪、洗顔は、通常通り石鹸や洗顔料を使っていただいて構いません。あまり強く患部をこすらないようにして下さい。
- ・メイクは手術当日から通常通りおこなって下さい。お顔の赤アザの場合のみ、1週間程度、患部のメイクは避けて下さい。
- ・運動は1週間後から通常通り行って下さい。
- ・軟膏、クリームなどの処置は指示通りに行うようにして下さい。

<起こりうる合併症>

- ・紫斑：ほとんど見られませんが、赤アザの治療では時に見られます。2週間程度で消失します。
- ・発赤：数日から1週間以内に消えていきます。稀に遷延することがあります。
- ・腫れ

れ：レーザー治療を行った部分に違和感として出る程度です。赤アザの場合は、まぶたに強く腫れが出る場合があります。

- ・感染：まず起こりませんが、可能性はゼロではありません。
- ・痛み：治療当日に多少痛み程度です。痛み止めの飲み薬を使うほどの痛みはありませんが、赤アザの場合は時に頓服を必要とする場合があります。
- ・白斑：照射部位に白斑を生じるリスク
- ・炎症後色素沈着：レーザー照射による炎症で色素沈着を生じるリスクがありますが、かなり稀です。
- ・効果不十分：効果には個人差があり、十分な効果を得られないことがあります。コース途中で別の治療をおすすめさせていただく場合があります。
- ・処置と検診：治療内容によって変わってきますので、遠慮なくお尋ね下さい。
- ・追加の治療：治療内容や経過によって変わってきますので、遠慮なくお尋ね下さい。

<その他の説明事項>

- ・紫斑が部分的に出る程度の強さがもっとも効果が高いといわれます。
- ・金製剤内服、金の糸を入れている、妊婦、光過敏症の方は治療ができません。
- ・アートメイク施術部位への照射は出来ません。
- ・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。
- ・検診には再診料が発生します。
- ・コースメニューの有効期間は、最終来院日より1年間となります。
- ・コース契約の場合でも再診料がかかります。
- ・本人都合によるコースの途中解約の返金はありません。

<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、V-b e a m治療に関し、前記のインフォームド・コンセント（V-b e a m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

