

I2PL 光脱毛同意書

- 光脱毛は、強い光が毛にあるメラニン色素に吸収され、その結果、毛包が変性し、脱毛効果を得る施術法です。毛には毛周期があり、休止期の毛も沢山ありますが、その時期の毛には効果がありません。従って、数回の施術が必要になります。メラニン色素のない白髪、脱色した毛には反応しません。
- メラニン色素は、毛以外にもあります。日焼け後の皮膚や地肌が黒い人には、メラニン色素が多いので、光照射に反応して熱傷(やけど)が生じる場合があります。
- この施術は肌質により、稀に光アレルギー、毛包炎、色素沈着を生じることがあります。また、効果のない場合も1%ぐらいあります。
- 上記の合併症が起きた場合にも、施術費は返還いたしません。この場合には健康保険で治療しますが、一部負担金は、お支払いして頂きます。(他の医療機関で治療されることも可能ですが、治療費はご負担ください。)

※施術予約当日の無断キャンセルは 2160 円発生いたしますのでご注意ください。

光脱毛を受けるにあたり、施術法、注意すべきこと起こり得る結果、料金などについて説明を受け了解しましたので、実施する事に同意します。

平成 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

保護者氏名 _____ (未成年者の時)



えのもとファミリークリニック
内科・皮膚科・胃腸内科・小児科・アレルギー科・外科・美容皮膚科