

# Q スイッチ Nd:YAG レーザーアセット

## ナノセカンドレーザートーニングによる肝斑治療及びしみ治療に関する同意書

シュシュレディースクリニック戸田公園 御中

- 1) 私はこの同意書によってアセットによる治療に同意致します。
  - 2) 治療によって期待される効果、その他の方法による治療方法、発現する可能性があるリスク、治療効果の確認の為に写真撮影、治療後の自身による処置（UV ケアなど）について説明を受け理解し同意しております。
  - 3) 私は今治療による治療内容は、レーザーが表皮に届き、そこでメラニン色素と反応を起こす事によりシミ改善、肝斑を除去させ肌理の改善を図るものである事を理解しております。
  - 4) 私は治療に先立ち、施術者に対して自分自身の日焼けの有無、他の治療の受診状況、服用している薬剤の申告、妊娠の可否、アレルギー等持病や体質の申告、ペースメーカーの有無、治療部位の材質を問わないインプラントの有無について問診及び口頭において申告をし、今治療に参加出来ない可能性について確認致しました。
  - 5) 術中の痛みによる不快感、術後の赤み、腫れ、あざ、出血等が出る可能性がある事を理解しております。
  - 6) 私の皮膚の状態によって熱傷、発疹、瘢痕、軽い出血、色素脱失、色素沈着などが起こり得る可能性について理解しております。
  - 7) 私は、治療期間中にごく希に治療箇所の色が周囲の色に比べて明るくなる又は暗くなる可能性があり、通常は一過性であるが皮膚の状態によって長引く事について理解しております。
  - 8) 私は術直後の治療効果を期待しておりますが、効果の持続期間につきましては自己の皮膚の状態や加齢による細胞の状態により期待通りの結果では無い場合が予測される事を理解しております。
  - 9) 場合によっては複数回の治療を受けなければならない場合が予測される事を理解しております。
- 私は、上記の施術に対する支払いは払い戻し不能であることを理解し同意致します。
- 私は、治療に関する本同意書の内容を理解し同意している旨を以下の署名により証します。

本人（自筆） 氏名： \_\_\_\_\_