

日付 令和 年 月 日

診察券番号 _____

お名前 _____ 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

連絡先電話番号(携帯電話)

ホームページ 院内広告 看板 知人の紹介 その他（ ）

脱毛前の確認事項

日付 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____

診察券番号 _____

★現在、妊娠されていますか。

はい ・ いいえ

★施術部位にヘルペスやタトゥー、治りきってない傷、アトピー性皮膚炎はありますか。

はい ・ いいえ

肌のコンディションが悪いと施術できません。

★てんかん・リウマチの治療中または過去に治療/診断を受けたことはありますか。

抗凝固剤（血液を固まりにくくする薬）を内服されていますか。

血液の病気（出血が止まりにくいなど）の診断を受けたことはありますか。

はい ・ いいえ

★この1か月の間に日焼けをしましたか。または日焼けする予定がありますか。

はい ・ いいえ

★現在服用中の薬とサプリメントがあれば記入ください。お薬手帳があればお出しください。

()

どこの部位の脱毛を希望されていますか？

V ・ I ・ O わき

安全性の高い機器を使用していますが 肌質によっては

やけど 皮膚の発赤 熱感 痛み等が生じる可能性があります。

脱毛の注意点

VIO 脱毛ご希望の方

普段自己処理をされていない方は、そのままの状態でも結構です。施術前にスタッフが剃毛します。

普段自己処理をされている方も、施術前に再度スタッフが剃毛しますので、前日に処理されなくてもかまいません。

VIO 以外の脱毛ご希望の方

前日に施術部位をご自身で剃ってください。治っていない傷があると施術できませんので、傷ができないよう十分ご注意ください。

ご自身がお使いの電動のボディシェイバー（カミソリは使用しません）をご持参ください。お持ちでない場合は、クリニックでご購入いただけます。

VIO 脱毛の方は初回時に、ご自身専用の脱毛器カバーをお渡しいたします。（初回の施術費用に含まれています。）

2回目以降必ず持参ください。お忘れの場合、破損の場合は 1000 円（税別）で購入していただきます。

施術間隔

6～8週間

美容施術を受けられた方へ

- 施術後に、赤みやほてり感、ひりひりした感じが出る場合があります。薬の処方があった方は塗布してください。
- 2～3日は十分な保湿を心がけてください。
- 入浴時や洗顔時などに、タオル等で強く洗うことや拭くことは控えてください。マッサージも患部に気になる症状があるときは控えてください。
- 脱毛後は施術部位の日焼けにご注意ください。
- 施術部位に発赤や痛みが持続する、水疱を形成するなど、明らかな異常がみられましたら、早目に受診ください。

脱毛について

- ソプラノアイスを使用します。
蓄熱型の脱毛器：低出力のレーザーを繰り返し照射することで、皮下に熱を蓄えて脱毛する方法です。
- 施術した部位が赤くなります。一時的なものですぐに治りますが、体質により、赤みが残る可能性があります。施術中の熱さ（気持ち良い感じではなく我慢するほどの熱さ）や痛み、その他違和感があればその場で必ず伝えてください。
- 施術をする際に必ず専用のジェルを塗ります。非常に稀ですがジェルにかぶれてしまう可能性があります。
- 赤みかぶれは個人差があります。受診時最初の間診票で施術に影響する薬物アレルギーの有無、服用中の薬やサプリメントを確認していますが、変更があればその都度スタッフにお伝えください。
- 医師が施術困難と判断した時は、希望されても施術前・施術途中に関わらず中止することがあります。
- 副作用（やけど・色素沈着・白斑等）を起こす可能性があります。
副作用が出た時は、必要な治療や対応をいたします。

年 月 日 名前

院長チェック：施術部位のトラブル確認（あり・なし）
