

## レーザー脱毛を受けられる患者様へ

### 1 背景

医療レーザー脱毛は、開発されてから 20 年以上経過している医療機関にのみ許されているレーザーを用いた脱毛方法です。日本人に対しての安全性と有効性が証明されている方法です。

### 2 手順

レーザーは脱毛希望部位にジェルを塗布した上で照射しますが、必ずテスト照射を行い、その結果を見て全体の照射に移ります。9mm×9mm の四角いスポットで照射されます。照射部位はレーザーのハンドピースを常に垂直に保たなければなりません。施術者の指示に従って体の向きを変える必要もありますのでご協力ください。

### 3 痛み

毛抜き等でむだ毛を処理しても痛みがあります。当院のレーザー機器には最新の冷却装置が完備されていますので、通常のレーザー脱毛より痛くありません。

痛みは人それぞれ感じ方が違うものですが、レーザー光は毛根にまで届き、毛そのものを破壊しますので少しの痛み（一般的には、十分に耐えることの出来る痛み）を伴いますが、照射された瞬間だけです。

照射された時の痛みが照射中、またその後も続く場合は、すぐに施術者にお伝えください。 エネルギーを下げますので心配はありません。

### 4 副作用

当院のレーザー機器は、最も副作用の少ない機器です。

しかし、太陽光線で日焼けをしても皮膚の反応が人それぞれ違うように、レーザー脱毛の後に赤みが続いたり、痒みが続いたりする場合があります。

医療レーザー脱毛によって生じる赤み、色素沈着、色素脱失は必ず消失しますが、これらの消失を早くするために医師の診断に従ってください。レーザー照射の前にあなたの既往歴や皮膚の状態、毛の状態を十分に診察してから行います。アレルギー体質（かぶれ易い、アトピー体質、ケロイド体質等）や、過去に皮膚に対する診断、自覚症状のある方はお申し出下さい。

## <同意書>

私は、医師の説明を理解し上記の内容について確認しましたので、医療レーザー脱毛を受けることに同意致します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

自筆サイン \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

**保護者（レーザー脱毛を受ける方が未成年者である場合）**

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

保護者サイン \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_