

フォトフェイシャル治療を受けられる患者様へ

フォトフェイシャルは、IPL(IntensePulsedLight)という光をお顔全体に照射することで、あらゆるスキントラブルを改善する画期的な治療法です。

5回を1クールとし、少しずつ病変を改善しておりますが、この効果は皮膚に最小限のダメージで改善させていくため、患者様によって異なります。

患者様の皮膚の状態・皮膚の色により、発赤や軽いかさぶたが形成される場合があります。

治癒する過程として、術前より治療部位が一時的に若干黒くなる場合があります。また、ホルモンバランスの関係で十分な効果が得られない場合もあります。

色が薄くなる（または消える）事を望まないほくろ(チャームポイントのほくろ)がある患者様は施術前に担当医にご相談ください。

尚、下記の禁忌事項に該当する患者様は、この治療を受けることが出来ませんのでご了承下さい。

◆禁忌事項◆

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中の方 | <input type="checkbox"/> 糖尿病／アルコール中毒の方 |
| <input type="checkbox"/> スキンタイプVIの方(黒人) | <input type="checkbox"/> 皮膚に病変がある方(切り傷、炎症、その他の術後) |
| <input type="checkbox"/> 原因不明の皮膚病変がある場合 | <input type="checkbox"/> てんかん発作の既往がある方 |
| <input type="checkbox"/> ケロイドになりやすい方 | <input type="checkbox"/> 日焼けをしている方(1ヶ月以内に積極的な日焼け：海外旅行、海、山、ゴルフ、日焼けサロンなどをされた方) |
| <input type="checkbox"/> 刺青の上の施術を希望される方(刺青が薄くなる可能性あり) | <input type="checkbox"/> 現在、他の診療科に通院されている方、過去に手術経験がある方(担当医とご相談ください) |
| <input type="checkbox"/> 光感受性を高める薬を内服／外用している方 | |

治療が成功しても光老化によって症状が再発する場合がありますので、術後は必ず日焼け止めを使用して下さい。

以上のことをご確認の上、この治療を受診して下さい。*この治療に関してご不明な点は、医師にご相談下さい。

<同意書>

私は医師から、今回の光治療「フォトフェイシャル」について、その方法、効果、副作用などについて詳しい説明を聞き、理解しました。その上で皮膚病変に対してこの治療方法をうけることに私は同意致します。

年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

自筆サイン _____ 印

保護者（フォトフェイシャル治療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