

美容医療 問診

令和 年 月 日

受診者氏名 (かかる人)	ふりがな			ご職業	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生			歳	
現住所	(〒 -)				
電話番号	携帯 () -		自宅 () -		
緊急連絡先 (実家等)	氏名		続柄		住所 電話

※1 マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ををお願いいたします。

※2 現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ はい・いいえ

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

病名：_____ 病院：_____ お薬：_____

※3 今までに入院や手術をする病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ

年齢	病院	病名	治療内容

※4 この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？ はい・いいえ

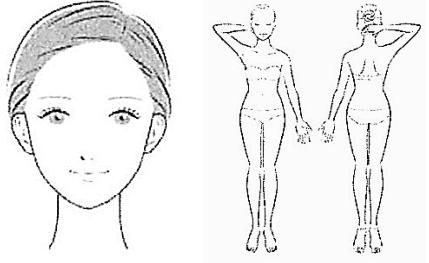
病院	指摘事項等

※5 アレルギーがでたことはありますか？ はい・いいえ

お薬：_____ 食べ物：_____ 金属：_____

→裏面へ続く

続き

1.今回ご希望の施術は何ですか? 当てはまる施術とお悩み箇所 (右の絵)に○をつけて下さい。	脱毛 しみ治療 タイトニング ピーリング ピアス 日焼け止めサプリメント ほくろ・いぼ除去 その他 []	
2.脱毛をご希望の方は、今までどのような処理をされていましたか? ○をつけてください。	剃る • 毛抜き(最後にした時期日前) 脱毛クリーム • ワックス脱毛 • 家庭用脱毛器 サロンで永久脱毛(期間:) • その他 []	
3.今まで何か美容医療を受けたことがありますか? あれば○をつけて下さい。	脱毛 • しみ取りレーザー • タイトニング ピーリング • 糸リフト • ボトックス ハイフ • ヒアルロン酸 • ピアス その他 []	
4.過去の治療で副作用が生じたことがありますか?	あり • なし ※「あり」の方は以下に症状もご記入下さい。	
5.今回希望の施術以外に興味があるものはありますか?	あり • なし ※「あり」の方は以下からお選び下さい。 脱毛 しみ治療 タイトニング ピーリング ピアス 日焼け止めサプリメント ほくろ・いぼの除去 その他 []	
6.既往歴はありますか? あれば○をつけて下さい。	ケロイド体質 • がん • 心臓病 • 糖尿病 脳梗塞 • エイズ感染(HIV・キャリア) アトピー性皮膚炎 • その他 []	
7. (女性のみ) 現在妊娠・授乳中ですか?	はい • いいえ	
8.その他、気になることがありますたら右にご記入ください。		
9.当病院の美容医療をお知りになったきっかけは何ですか? 近所に在住 • ホームページ • 院内広告 • 知人の紹介 • 家族の紹介 その他 []		

社会医療法人 いち樹会 尾中病院

医療レーザー脱毛を受けられる方へ 同意書

医療レーザー脱毛は、毛根のメラニン色素に光線を吸収させて、その熱で毛根周囲の組織にダメージを与え長時間における減毛（脱毛）を行うことができる治療方法です。毛には毛周期（毛が生えかわるサイクル）があり、脱毛ではその毛周期の成長期にある毛にレーザーを照射することで減毛（脱毛）の効果がみられます。部位によって治療の間隔は違ってきますが、約1ヶ月半から2ヶ月毎に照射を繰り返していきます。平均では5回～7回、年齢や部位によっては10回以上かかることもあります。レーザー脱毛治療では照者前・後にご自身でのお肌のケアが重要になります。

治療は受けられない方

下記の病気や症状がある方、下記の薬剤使用中の方は治療を受けられません。

単純ヘルペス1型、2型の活動病変 開放創や感染創 刺青の部位 治療部位の癌
2ヶ月以内の日焼け 真皮性の色素斑の部位 等

※妊娠中の場合は安全性が確認されていません。医師にご相談ください。

治療に注意が必要な方

下記の病気や症状がある方、下記薬剤を使用中の方は医師の判断によって治療が受けられない場合があります。

光過敏症 てんか発作 ケロイド、瘢痕体质 免疫抑制剤 ステロイド製剤
全身状態不良 糖尿病等の慢性疾患 ホクロの部位 等

※光過敏症の方はテスト照射をおすすめしています。

治療前注意事項

【抜毛禁止】

レーザー脱毛治療中は、毛穴の中に毛がない状態ではレーザーが反応しませんので、毛抜きやワックスは使用しないで、自己処理はカミソリやシェーバーでの処理（剃毛）のみにして下さい。脱毛部位は前日、もしくは当日に剃毛して来院してください。

※剃り残しについては、当院スタッフが丁寧にシェービングいたします。その際には別途料金がかかりますのでご了承ください。

【日焼けの禁止】

日焼けをした状態では熱傷を生じるリスクが高くなるため、照射をすることができません。日焼けをしないようSPF30以上の日焼け止めの使用や長袖、長ズボン等の着用で日焼けを予防してください。

※日焼けをしてしまった場合には、日焼けが落ち着いてからの照射となります。

【皮膚の洗浄】

脱毛部位に日焼け止めや化粧品（クリーム、化粧水含む）が残っていると、レーザーが成分に反して熱傷を起こす可能性があります。照射前には必ず落としてください。

治療中注意事項

- いつもと違った痛みを感じたり、ヒリヒリするなど違和感がある場合はお申し出ください。
- レーザーの光から目を保護するためにゴーグルをかけていただきます。照射中は外さないでください。
目を閉じた状態でも明るく感じることがありますが、影響はありません。

治療後注意事項

- ・照射部位が赤く腫れあがったりすることがあります。これは一過性の症状ですので 1 週間程度で軽快します。1 週間以上経過しても軽快しない場合は早めにご連絡ください。
- ・脱毛部位は搔いたりしないでください。皮膚を傷つけることで色素沈着になる可能性があります。
- ・治療部位によっては入浴はせず、シャワー程度が望ましいと思われます。医師またはスタッフの指示に従ってください。
- ・痒みが強い場合は来院してください。
- ・照射後は肌が乾燥しますので充分な保湿でのスキンケアをおこなってください。低刺激のものを推奨します。
- ・焼けた毛がうまく毛穴から抜けずに毛穴に残る場合がありますが、徐々に抜け落ちますので無理に抜いたりしないでください。個人差がありますが抜け落ちるのに 3~4 週間かかる場合もあります。
- ・レーザー脱毛を継続している間の日焼けは禁止です。日常から遮光をおこなってください。
- ・照射もれがないように行っていますが、一部脱落せず残ることがあります。

合併症について

【毛囊炎】

男性のヒゲや女性の顔、背中、下腿などで毛穴に細菌が入って炎症を起こす毛囊炎を起こすことがあります。

【熱傷】

肌の色によっては軽い熱傷を起こすことがあります。日焼けされた場合に照射してしまうと熱傷のリスクが高くなります。

【硬毛化】

ごくまれに、レーザー照射後に濃くなる硬毛化現象が生じることがあります。うなじや背中上部、二の腕上部、肩、フェイスラインなどの産毛の範囲に多い傾向があります。設定を調節しながら照射しますが、期間や回数が多くかかる場合があります。

※レーザー脱毛は永久に無毛状態を保つことができるわけではなく、若干の毛（体毛）の再生が生じます。

以上

社会医療法人 いち樹会 尾中病院 院長殿

私は、上記の内容を理解し、医療脱毛レーザー治療を受けることに同意致します。

年 月 日

氏名

本人が未成年のため、この治療を受けることを承諾します。

年 月 日

氏名

本人との続柄