

医療用レーザー脱毛について



フォーシーズンズレディースクリニック

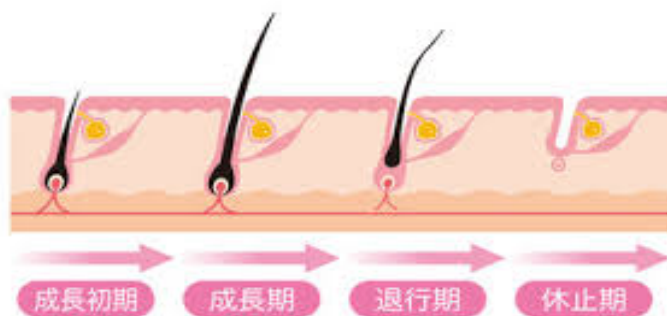
FOUR SEASONS
LADIES' CLINIC

当院では、医療用脱毛機 **アレキサンドライトレーザー**を用いてレーザー脱毛を行っています。
このレーザーは、皮膚に照射すると皮下 3~4mm の深さまで届き、毛の**メラニン色素**に吸収され、熱衝撃を発生させ、毛根を破壊する事により毛の再生を抑制します。これは永久脱毛（針による脱毛）に対して、**永久減毛**と呼ばれます。



- ◎毛を剃った状態で行いますので、2~3 日前までに脱毛したい部位の毛を剃ってきてください。
(毛が残っている場合や、ご自分で剃ることができない場合は看護師が行います。この場合、剃毛料として別途 1080 円いただきます。)
- ◎レーザー照射と同時に冷却ガスが噴射されますが、ゴムではじく程度の痛みを感じます。痛みを軽減する麻酔クリームも 1 本 1080 円で販売しております。
- ◎安全のため、出力レベルは最低レベルから開始し、毛量や皮膚の状態に応じて看護師が出力アップの判断をします。
- ◎脱毛部位が赤く腫れたり、かゆみが出たりする場合がありますが、2~3 日で消失します。それ以上続く場合はご相談ください。
- ◎照射後の赤みや炎症を抑える目的で軟膏を差し上げます。追加の場合は 1 本 100 円いただきます。
- ◎レーザー照射の前後 1 週間に日焼けの予定がある場合、火傷や色素沈着などのトラブルの原因になりますので施術を避けていただきます。
- ◎月経中は皮膚が敏感になりやすいので、できるだけ避けてください。

《毛周期》



毛には、毛周期があります。
脱毛は、成長期のものに対して有効です。
毛周期のサイクルは部位によって差がありますが、40 日毎くらいの照射をおすすめします。
部位や個人差はありますが、数回から 10 回の照射が必要です。

《毛の断面図》

脱毛後のケアについて

- 脱毛後、赤く腫れたり、かゆみが出ることがあります。これらの症状が1週間以上続く場合はご連絡ください。
- 脱毛後、数日経過すると、毛穴の中に残っていた毛が生えてくるように見えますが、自然に脱落しますので抜いたりせずに気になる場合はカミソリなどで剃る程度にしてください。
- レーザー脱毛期間中は、くれぐれも日焼けをしないように注意してください。日焼け止めクリームなどを塗って紫外線からの保護に努めてください。
- 脱毛直後は、直射日光や肌に刺激のあるような活動（海水浴・サウナ・プールなど）は避けるようにしてください。
- 脱毛当日の入浴は、温めのシャワーなどを用いて、タオルなどで強くこすらないようにしてください。

脱毛の注意事項

- 月経中の方はお知らせください。
- レーザー脱毛で毛が濃くなった方はお断りさせていただくことがあります。
- 18歳未満の方は、保護者同意書への記入が必要です。
- レーザー脱毛による効果、および反応には個人差があります。
- 脱毛部位によっては毛が濃くなる場合があります、脱毛をおすすめできない場合もあります。

医療用レーザー脱毛 同意書

フォーシーズンズレディースクリニック



FOUR SEASONS
LADIES' CLINIC

問診にお答えください

- ① 今までの毛の処理方法を教えてください
(毛抜き・毛剃り・ワックス・無処理・その他)
- ② 夏など強い日差しを受けた時、肌はどうなりますか？
(赤くなってかゆくなる・赤くなって黒くなる・赤くなっておさまる)
- ③ アレルギー体質ですか？
(はい・いいえ)
- ④ エステや医療機関での脱毛のご経験はありますか？
(はい・いいえ)

期待される効果について

医療用レーザー脱毛は

「永久脱毛」ではなく「永久減毛」という定義になっています。

「永久減毛」とは

「一定の脱毛治療をおこなったあとに、再発毛する本数が長期にわたって減少、すなわち脱毛治療によって減毛された状態が長期にわたって維持されること」です。つまり、ほとんど自己処理をしなくて良い状態になることです。うぶ毛が一本もなく、全くつるつるの状態にまですることではありません。

この度、私がフォーシーズンズレディースクリニックにおいて、上記の医療用レーザー脱毛施術を受けるにあたり、その内容について説明を受け、同意致します。また、その実施に伴って発生する予期せざる事態に対しては、医学的に必要な処置を受けることについても同意致します。

平成 年 月 日

患者住所 _____

電話番号 _____

患者氏名 _____ 印

事情により本人の同意の意思を表明できないため、また本人未成年のため、本人に代わって私が同意します。

平成 年 月 日

住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印

(患者との続柄 _____)