

こどもレーザー脱毛承諾書（小・中学生限定）

水谷皮膚科クリニック 院長 水谷 治子 殿

- ・ 赤み、腫れが出る場合があります。
- ・ まれにやけど、色素沈着をおこす場合があります。
- ・ 反応、効果、回数には個人差があります。
- ・ 日焼け止め等を用いて紫外線ケアをして下さい。
- ・ ごく稀にレーザー脱毛をすることにより毛母細胞が刺激され、多毛化・硬毛化することがあります。その場合には、追加照射が必要となることがあります。
- ・ 通常5回程度でお手入れがほとんど不要になりますが、0本になるわけではないため回数にも個人差があります。
- ・ こどもの場合、これから二次成長に入るため、毛も発育段階にあります。そのため、これから生えてくる毛を防ぐことはできませんので、回数が多くかかる場合もあります。
- ・ 治療中に毛の処理を行う場合には、必ずカミソリやシェーバーをご使用ください。毛抜きで毛を抜いたり、脱色をしたりするとレーザー脱毛の効果が十分に得られません。

今回、レーザー治療を受けるに当たり、上記を含め担当医師より説明を受け、十分に理解致しましたので実施をお願いします。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

ご本人様が携帯電話等をお持ちの場合の連絡先： _____

※急な休診等があった場合にご連絡させていただく可能性がありますのでご記載をお願い致します。

保護者氏名 _____ 印

続柄 _____

住所 〒 _____

電話番号(携帯)： _____ (自宅)： _____