

Dermapen 4 治療同意書

極細の針で皮膚に微細な穴を高密度に開けて、肌の創傷治癒力を引き出す美容治療です。肌に開いた傷を修復する過程でコラーゲンやエラスチン、ヒアルロン酸などの分泌が促され、ニキビ跡や毛穴の開き・小じわ・妊娠線などの改善、肌のキメ・弾力の向上などお肌全体の若返り効果が期待できます。また、専用の美容液やピーリング剤と併用することでより高い美肌効果が期待できます。

<頻度・回数>

顔は3～4週間毎に3～5回をおすすめします。妊娠線は6～8週毎に5～10回程度と個人差が大きいです。※症状等によって効果や回数には個人差がございます。

<治療後の経過と注意点>

- ・赤み、ヒリヒリ感、乾燥、むくみ、点状出血痕、薄いかさぶた、反応性ニキビ、湿疹などが出現する可能性があります。稀に体質によっては色素沈着や肝斑の悪化の可能性があります。赤みやヒリヒリ感は24～48時間程、皮むけなどは1週間程度で軽減します。
- ・治療後12時間から洗顔可能。24時間後からメイク可能。
- ・施術前はホームピーリング剤の使用は2週間前からお控えください。ハイドロキノン、トレチノイン、レチノール、ニキビ治療でピーリング効果のある製剤などの塗布剤は1週間程前からお控えください。顔そり、スクラブ洗顔、ピーリング石鹸、パックなど肌に負担のかかることは前日よりお控えください。
- ・十分な保湿と紫外線対策を心掛け、肌の乾燥や日焼けにご注意ください。

<施術ができない方>

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 治療薬剤の成分にアレルギーがある方（麻酔クリーム、消毒薬など） | <input type="checkbox"/> 単純ヘルペス | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中・授乳中 | <input type="checkbox"/> 日光性角化症 | <input type="checkbox"/> 脂漏性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 丘疹膿疱性酒さ | <input type="checkbox"/> 強皮症 | <input type="checkbox"/> 血友病 |
| <input type="checkbox"/> 浸出液を伴う重度の尋常性ざ瘡（ニキビ） | <input type="checkbox"/> 赤みや痒みなどの皮膚トラブルが強い部分 | |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎、C型肝炎、H I Vなどの感染疾患 | <input type="checkbox"/> 鼻・あごプロテアーゼを入れている部分 | |
| <input type="checkbox"/> 抗血小板薬、抗凝固剤などを服用している方 | | |

<施術に注意が必要な方>

- | | | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 金属アレルギー | <input type="checkbox"/> 肝斑 | <input type="checkbox"/> 重篤なニキビ | <input type="checkbox"/> ケロイド体質 | <input type="checkbox"/> 感染症の疑いがある方 |
| <input type="checkbox"/> トレチノイン、ハイドロキノン、ニキビ薬などを使用している方 | <input type="checkbox"/> 日焼け後の色素沈着が強い方 | | | |

<確認事項>

- やむを得ず遅刻や当日キャンセルする場合は、予約時間前に電話連絡をお願いします。場合によっては予約変更をお願いする場合がございます。また、無断キャンセルは1,100円のキャンセル料を徴収しますのでご了承ください。
- 18歳未満の未成年者の方は初回は保護者様の同席が必須で、別紙親権者同意書に署名が必要です。

立花内科産婦人科医院 院長殿

私は、上記の内容を十分に理解した上で施術を受けることに同意いたします。

記入日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____