

HYDRAFACIAL™ トリートメント同意書

ハイドラフェイシャルは、クレンジング、ピーリング、吸引、保湿及び抗酸化保護を同時に組み合わせ、最小限のダウンタイムでより透明感のある美しい肌に導く、ハイドロダーマアブレーショントリートメントです。

このトリートメントは、快適に保湿し、侵襲性がなく、通常は非刺激性です。多くの施術と同様にハイドラフェイシャルの目に見える効果には個人差があります。

予想されること:

- 肌に一時的な刺激、つっぱり感、赤みを感じる場合があります。これらはすべて正常な反応で、皮膚の感受性により異なりますが、通常は72時間以内に解消します。
- 施術部位にヒリヒリした感覚またはチクチクした感覚を感じる場合があります。これらの感覚は通常、数時間以内に治ります。
- 上記のような症状の発現には個人差があり、時間が経ってから症状が現れる場合があります。
- 効果はトリートメント直後から現われる可能性が高く、1~4週間にわたって肌の滑らさと潤いを感じることができます。
- 肌の日焼けや日焼けによるダメージを受けやすくなります。日光への過度の暴露を避け、最低 SPF 30 のサンスクリーンを使用してください。

以下のいずれかに該当しますか？

- HIV、狼瘡、肝炎、強皮症などの自己免疫疾患 _____ はい いいえ
- 湿疹、皮膚炎、発疹などの皮膚の状態 _____ はい いいえ
- 施術部位における活動性感染症 _____ はい いいえ
- 悪性腫瘍の疑いがある黒色腫又は病変 _____ はい いいえ
- 活動性日焼け _____ はい いいえ
- 妊娠中又は授乳中 _____ はい いいえ
- 抗凝固療法 _____ はい いいえ
- てんかんなどの神経障害 _____ はい いいえ
- 腎臓、膀胱及び尿道を含む泌尿器系の感染 _____ はい いいえ
- クローン病 _____ はい いいえ
- 甲状腺機能亢進症 _____ はい いいえ
- 深部静脈血栓症 _____ はい いいえ
- リンパ浮腫 _____ はい いいえ
- 開放病変 _____ はい いいえ
- 活動性座瘡(にきび)/炎症性座瘡 _____ はい いいえ

最近、以下のような治療を受けましたか？

- アキュテインまたは同種類の薬剤の使用 _____ はい いいえ
- 美容用充填剤、注射剤又はレーザー治療 _____ はい いいえ

私は以下の事項を認めます。

- トリートメント前後の2週間以内に積極的なピーリング、ワックス脱毛、及び推奨されているホームケア製品に含まれていない酸を含んだ製品の使用を避けるようにします。
- トリートメントの術前、術中及び術後に写真を撮影することを認めます。写真は、私が書面で承認した場合に限り、教育、プロモーション及び宣伝の目的に使用できます。
- 提供された情報に関する説明を受け、全ての質問について十分な回答を受けました。上記の情報を読み、スタッフによるハイドラフェイシャルトリートメントを_____（施設名）において受けることに同意します。
- 以下に署名することにより、上記の情報を読み、ハイドラフェイシャルシステムを使用したトリートメントを受けることに同意したことを認めます。この同意書は将来の全てのハイドラフェイシャルトリートメントについて有効です。将来、私の病歴に変更があった場合、私はスタッフに注意喚起します。

名前(活字体): _____ 署名: _____ 日付: _____