

# 初診診療録(脱毛)

20 年 月 日

契約 コース	コース	承諾書			
	部位	P	<input type="checkbox"/>	I	<input type="checkbox"/>
		M	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>
期間	B	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
注意事項	No. -				

フリガナ		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女	才	西暦 年 月 日	
現住所	〒 -	携帯	(携帯番号は必ずご記入ください)		
		自宅電話			
E - mail	@	勤務先			

- ①主に脱毛したい場所を書いて下さい。(身長 cm 体重 kg)  
 (I) 全身的に  
 (II) 部分的に ( )
- ②他の病院、クリニック、エステサロン等で過去 or 現在脱毛していますか? (ない ある)  
 ※ ある方は、もし宣ければ以下の事項を記入して下さい。  
 ③病院(クリニック)名 ( )  
 ④エステサロン名 ( )  
 ⑤脱毛の種類(医療レーザー、エステのレーザー、光、電気針、ワックス、脱毛クリーム、その他 ( )  
 ⑥脱毛した部位をご記入下さい。( )
- ③当院をどちらでお知りになりましたか?  
 紹介・雑誌等の記事・ビル案内・インターネット・その他 ( )
- ④今までに下記の病気をされた事がありますか? ○をつけて下さい。  
 1 アトピー性皮膚炎 2 光線過敏症(紫外線、太陽光線) 3 肝炎  
 4 血液疾患(貧血、白血病 紫斑病 その他 ) 5 ジンマシン  
 6 その他アレルギー性疾患(気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎  
 食物アレルギー その他 ) 7 HIV  
 8 その他の既往歴  
 ・ 高血圧症 ・ 心臓疾患 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 胃、腸の病気 ・ 肝臓病  
 ・ 胃腸病 ・ 気管の病気 ・ 肺の病気 ・ 甲状腺疾患 ・ 脳の病気 ・ その他 ( )  
 ・ 肌が弱い体質である ①カミソリ負けし易い ②虫刺され等が治りにくい  
 ③皮膚刺激(強く引っかく等)で皮膚の反応が強くなる ④軟膏でかぶれた事がある
- ⑤現在服用している薬はありますか? (ない ある)  
 ※ ある方は、名前がわかれば記入して下さい。  
 ※お薬手帳をお持ちの方見せて下さい。その方は記入不要です。  
 ( )
- ⑥薬のアレルギーはありますか? (ない ある) ※名前がわかればご記入下さい。  
 ( )

⑦女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか？（ない ある）

⑧最近日焼けをしましたか？（ない ある－1ヶ月以内 3ヶ月以内 6ヶ月以内 1年以内）

⑨レーザー脱毛の作用及びレーザー照射禁忌事項

●医療用レーザー脱毛のレーザー光線は黒い色素に強く反応して黒い色素に吸収される特性を持っているので、その事を利用したものです。レーザー光線が毛中の黒い色素であるメラニンに吸収され、そのレーザー光線熱により毛が加熱されます。

● その加熱された熱により毛包隆起部（バルジ）が損傷し、毛組織構造が破壊、損傷されます。

● その時に表皮は、熱損傷から防ぐ為に冷却されます。

● スキンタイプ

I型：白人

II型：日焼けをすると赤くなるめったに黒くならない

III型：日焼けをすると時々赤くなる時々黒くなる

IV型：日焼けをしてもめったに赤くならない だいたい黒くなる

V型：日焼けをしても赤くならない 絶対黒くなる

VI型：黒人

●以上の過程で脱毛が行なわれるわけです。 当院のレーザー脱毛機器は最も副作用の少ない機器ですが、医療用レーザー脱毛によって生じる赤み、色素沈着、色素脱失は大部分は消失しますが、これらの消失を早くするために当院の指示に従ってください。以下の色素性病変がある方は、照射中 or 照射後の皮膚のトラブルになる事がありますので、レーザー照射が出来ない事があります。

※以下の事項がある方は○を付けて下さい。

1 日焼けした皮膚、色素沈着の強い皮膚

2 皮膚炎（ケロイド、活動型にきび、アトピー症状の強い皮膚炎、 創傷のある方、  
ヘルペス感染症、その他： ）

3 ホクロ、刺青、アートメイク等はレーザーに対して強く反応しますので除去したくない方は、必ず記入してください。（ ）

4 妊娠中は禁忌です。

5 皮膚がんの方は禁忌です。

6 レーザー脱毛中に注意する薬剤には、以下の薬剤があります。

A ニキビ治療薬ディフェリンゲルを使用している方は、治療部位が強く反応する事があります。（発赤・腫張・火傷・皮膚の落屑等）

B アキュテイン（イソトレチノイン内服薬）の使用（過去6ヶ月間使用している方は治療不可）

C アスピリン、イブプロフェイン、ハーブ類（セントジョーンズワート）抗凝固剤  
上記薬剤を服用していると照射後、紫斑や青あざ発生の危険性が高まります。

D 日光過敏症を誘発する薬剤（テトラサイクリン系、ニューキノロン系）を服用している場合は、テスト照射の臨床反応にあわせて、患者のトリートメントパラメーターを調節する必要がありますので上記薬剤内服の方は申し出て下さい。

E 生理直後は易出血傾向がありますので、照射後に紫斑や青あざ発生の危険性があるので毛が太くて深い部位（ワキ、下肢、Vライン等）は避ける方が望ましい。

7 ペースメーカーや除細動器が入っている方はその主治医に許可をもらって下さい。

8 脱毛部位に美容形成手術や、歯科手術でインプラントやプロテーゼが入っている方は申し出て下さい。

⑩化粧、日焼け止めクリームはすべて除去する。これらは、皮膚にレーザー光が入るのを妨げ毛幹を標的にしたエネルギーを吸収し表皮の加熱を起こすことがあります。

⑪その他、ご希望、ご質問がありましたらお書き下さい。

[ ]

1;背景

医療レーザー脱毛は、1994年に初めて開発され今日まで、医療機関にのみ許されているレーザーを用いた治療方法です。日本人に対しての安全性と有効性が証明されている方法です。

2;手順

レーザーは脱毛希望部位にジェルを塗布した上で照射しますが、必ずテスト照射を行い、その結果を見て全体の照射に移ります。9mm×9mmの四角いスポットで照射されます。

レーザー脱毛は施術者と患者さんの協力で行われる方法です。

照射部位はレーザーのハンドピースに常に垂直を保たなければなりません。施術者の指示に従って体位を変える必要もありますのでご協力下さい。

3;痛み

毛抜き等で無駄毛を処理しても痛みがあります。当院のレーザー機器には最新の冷却装置が完備されていますので、通常のレーザー脱毛より痛くありません。

痛みは人それぞれ感じ方が違うものですが、レーザー光は毛包隆起部(バルジ)にまで届き毛そのものを破壊しますので少しの痛み(一般的には、十分に耐えることの出来る痛み)を伴いますが照射された瞬間だけです。

照射されたときの痛みが照射中、その後も続く場合は、すぐに施術者にお伝え下さい。エネルギーを下げますので心配はありません。

4;副反応

当院のレーザー機械は最も副作用の少ない機器です。

しかし、太陽光線で日焼けをしても皮膚の反応が人それぞれ違うように、レーザー脱毛の後に赤みや、かゆみが続く場合もあります。毛穴や周囲の皮膚が強く反応して熱変性を起こすと、毛穴や周囲の皮膚に分布しているメラニンからの発熱によって、様々な表皮損傷を起こす可能性があります。程度によって水疱の形成、滲出液の排泄、その部位の黒色がかかった色素沈着及び痂皮形成がおこる事があります。通常は徐々に症状は軽くなりますが、程度や体質等により改善するのに数ヶ月かかる事もあります。医療用レーザー脱毛によって生じる赤み、色素沈着、色素脱失は大多数消失しますが、これらの消失を早くするために医師の診断に従ってください。レーザー照射の前にあなたの皮膚の状態、毛の状態を十分に視察してから行いますが、アレルギー体質(かぶれ易い、アトピー体質、ケロイド体質等)過去に皮膚に対する診断や自覚症状のある方はお申し出になってください。また、ホクロや刺青等の色素性の皮膚疾患もレーザーに対して反応しますのであらかじめ申し出てください。

色素沈着の強い粘膜及び皮膚部分を照射する場合(口唇周囲、乳輪、外陰部、アトピー性皮膚炎での色素沈着の強い部分、日焼け部位等)は火傷や色素脱失がおこることがあります。

※比較的低い出力で正しく照射しても、上記の色素沈着の部位ではレーザーの熱の吸収が大変強いので、照射部位が過度に反応してレーザー火傷がおこったり、色素脱失がおこることもあります。(正しく照射が行なわれていても火傷や色素脱失がおこることもあります。)

5;脱毛期間

治療期間、回数が残っている場合で1年以上連絡が無い場合は治療が終了したとみなし、治療は終了となります。

6;照射方法(出力・部位等)の注意事項

当院で照射を行う場合、照射予定の出力を大幅に超えた想定外の出力や、最も副作用が発生し易い危険部位の照射を希望される方は医師の診察が必要となります。

診察の結果、施術が可能と判断した場合のみ初めて照射が可能となります。

私は、医師よりの説明を理解し上記の内容について確認しましたので、医療用レーザー脱毛を受けることに同意いたします。

年 月 日

住所

(自筆サイン)

保護者(レーザー脱毛を受ける方が未成年者である場合)

住所

保護者サイン

