

# 初診診療録（医療脱毛 問診票）

2017-12

年 月 日

注意事項			No. -
旧カルテ No	No.	No.	No.

ふりがな		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男女	才	昭和 平成 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		- -	
メール1	@	受信 OK	勤務先		
メール2	@	受信 OK			
紹介者			ご来院可能な曜日 時間帯	月 火 水 木 金 土 日 時間帯 ( )	

①主に脱毛したい場所を書いてください。 (身長 cm 体重 kg)  
 (I) 全身的に  
 (II) 部分的に ( )

②他の病院、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)

※ ご経験のある方は、以下をご記入ください。

- ◆ 病院（クリニック）名 ( )
- ◆ エステサロン名 ( )
- ◆ 脱毛の種類（レーザー・エステレーザ・電気針・ワックス・脱毛クリーム・その他 )
- ◆ 脱毛部位 ( )

③当院をどちらでお知りになりましたか？

友人の紹介 Twitter facebook LINE@ ネットの検索 掲示板 雑誌等の記事 その他 ( )

④今までに下記の病気をされた事がありますか？ ✓又は○をつけてください。

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 ( )  
 アトピー性皮膚炎 光線過敏症（紫外線・太陽光線） 肝炎（型） HIV  
 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）  
 血液疾患（貧血・白血病・紫斑病・その他） ジンマシン ない

◇ 肌質について

(カミソリ負けし易い・傷等が治りにくい・皮膚刺激（強く引っか等）で皮膚反応が強く出る軟膏でかぶれた事がある・特に問題ない)

⑤現在服用している薬はありますか？ (ない ある)

※ある方は、薬剤名がわかれば記入してください。お薬手帳をお持ちの方は、記入不要です。  
 ( )

⑥薬のアレルギーはありますか？ (ない ある) ※ある方は、記入してください。

( )

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）  
あてはまるスキントイプに○をつけてください。

- 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

⑨以下の事項がある方は✓をつけてください。

- 日焼けした皮膚、色素沈着の強い皮膚である。
  - 皮膚炎がある（ケロイド・活動型にきび・アトピー症状の強い皮膚炎・創傷がある・ヘルペス感染症）
  - 皮膚がん（悪性腫瘍）・妊娠中の方は禁忌です。
  - B型・C型肝炎に罹患したことがある。
  - ホクロ、刺青、アートメイク等をしている。
- これら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、部位を必ず記入してください。  
( )

### 脱毛の作用及び照射禁忌事項

脱毛機の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おり、それを利用したものです。光線が毛中の黒い色素であるメラニンに吸収され、その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）がその熱を受け、毛包隆起部（バルジ）周囲の細胞（幹細胞、《ステム細胞》）が熱損傷を受けることで、その再生を抑制するというものです。毛の成長再生の元となる幹細胞の再生が抑制されれば、毛は成長できなくなります。その結果、永久減毛（Permanent Hair Reduction）が行えます。その時に表皮は、熱損傷から防ぐ為に冷却されます。以上の過程で脱毛が行なわれます。当院の脱毛機は、最も副作用の少ない機器ですが、脱毛によって生じる赤み、色素沈着、色素脱失について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の可能性がありますので、照射出来ない事があります。

- A) 膠原病・良性腫瘍（子宮筋腫等）・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ください。
- B) 脱毛部位に美容形成手術（プロテーゼ）や、歯科手術等でインプラント・整形外科手術等で、ボルトやチタンが入っている方は、火傷や破損等、トラブルの原因となりますのでお申し出ください。
- C) B型・C型肝炎に罹患した既往のある方は、血液検査の証明が必要となります。（B型肝炎は、抗原がマイナス・C型肝炎は、抗体がマイナスである確認が必要となります。）
- D) 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。（赤み・腫張・火傷・皮膚の落屑等）
- E) 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）
- F) アスピリン・イブプロフェン・ハーブ類（セントジョーンズワート）抗凝固剤等を服用していると照射後、紫斑や青あざの発生の危険性が高まります。
- G) 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、申し出てください。
- H) 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ります。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です。
- I) メイク・日焼け止めクリームはすべて除去してください。これらは皮膚に光線が入るのを妨げ、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るため、火傷する場合があります。

⑩その他、ご希望、ご質問がありましたらご記入ください。

[ ]

当院で使用する器械は、ルミナス社のダイオードレーザーLight sheer、キュテラ社のCool Glide YAG レーザー、デンマーク ガデリウス社製エリプスフレックス (I2PL)、そしてパレスクリニックオリジナルの完全密閉式水冷式システムを採用している、Palace Gentle Light (HIPL) の4種類です。いずれの器械も、毛の成長再生の元となる毛包隆起部（バルジ）の幹細胞（ステム細胞）をレーザー熱 or 光熱により、熱変性（熱損傷）を行わせ、その再生を抑制するというものです。毛の成長再生の元となる幹細胞の再生が抑制されれば、毛は成長できなくなります。その結果、永久減毛が行なわれるわけです。従って、すべての器械が毛乳頭や、皮脂腺開口部等を破壊しないよう設定されています。

### 【手順】

脱毛器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（光脱毛器は、16mm×42mm）の四角いスポットで照射されます。脱毛は施術者と患者さんの協力で行われる方法です。照射部位は脱毛器のハンドピースに対して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。

### 【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、通常の脱毛器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、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。必要時、麻酔クリーム（別途）のご用意も承れます。

### 【副反応】

当院の脱毛器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、脱毛後に赤みや、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。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指示に従ってください。

照射の前にあなたの皮膚の状態、毛の状態を十分に観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申し出てください。また、ホクロや刺青等の色素性の皮膚疾患も脱毛器の光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大変おこりやすいです。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脱毛器の熱の吸収が大変強いので、照射部位が過度に反応して火傷や色素脱失が大変おこりやすいです。（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。）

#### a:発赤

数日間続くことがあります。発赤が持続している間は、ステロイド含有軟膏を塗り、色素沈着を防止する為、直射日光を避けて下さい。また、湯船への入浴はやめてください。シャワーは積極的に使用して清潔を保ってください。7日以上発赤が続く場合にはご連絡下さい。

#### b:痒み

稀に、毛根の急速加熱によってぜい弱した毛嚢に炎症が起きて痒みが生じることがあります。そのような場合、過度に掻きつぶすと更に悪化して細菌感染を起こしてしまいますので、ステロイド含有軟膏を塗布し、冷却してください。それでも治まらないようでしたら、ご連絡ください。

#### C:毛の反応

適切に処理されれば、毛は照射する前に比べて太く膨隆して「黒い点々」として目立ちますが毛の成長は停止します。処理された毛は施術後 10 日～2 週間程度で自然に排出されてきますが、希に 1 ヶ月以上かかる場合もあります。

**d:日焼け**

初期の発赤が消えれば日常生活に支障はありません。 嚴重な紫外線対策は発赤のある間だけですが、日焼けしてしまうと次回の施術に支障（レーザー火傷の原因）をきたします。

**e:発毛**

4 週間目くらいから毛が伸びはじめます。 最初はフワフワと産毛のように頭をだしてきます。6 週間目くらいになると剃らないと目立つものがでてきますが、細い毛と混在していますので剃りながらお待ち下さい。絶対に抜かないで下さい。 2~3 ヶ月くらいすると、だいたい生え揃ってきます。短い間隔での施術は効率が悪いばかりではなく高出力を要しますので火傷のリスクが高くなります。 **施術間隔が空くことは全く支障ありません。**

**【回数コースをお考えの方】**

治療期間、回数が残っている場合でも、**1年以上治療が無い場合は治療が終了したとみなし、回数は失効**となります。返金はございません。

**【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照射が可能となります。何回施術するかどうかは個人によって異なります。ある程度の減毛でよいと思う方は**3回**くらいで済むでしょうし、最後の1本までと思う方は**10回以上**必要な場合もあります。 その場合、産毛のように細い毛ですから高出力に皮膚が堪えられず**火傷するようであればそこで諦めて頂くしかありません。**必要な安全策をとっていても**高出力になれば火傷が起きる事があります。**慎重に行っても、**火傷してはじめて皮膚が堪え得る限界に達したと判る場合もあります。**そのような火傷はいずれ後遺症を残さず治癒しますし、防ぎ様の無いものですので**免責**とさせていただきます。また皮膚が高出力に耐えられても**器械の性能の限界**に達してしまえば、それ以上は無理なものですから諦めて頂くてはなりません。

**【照射漏れについて】**

照射漏れないように、当院スタッフには、時間内に適切なショット数が安全に行えるよう予め教育、研修しています。故意に照射漏れをおこすような照射は絶対に行っておりません。照射漏れか否かは、患者さん個々の感覚で異なる場合があります。例えば、骨ばっていたり、複雑な形状の部位や、(VIO、ヒザ、ヒジ等)色素沈着、黒子、アザ、傷痕、日焼け等がある場所では極力照射を避けたり出力を下げる為に、その脱毛後の結果として、照射漏れに近い事が起こる場合があります。それも、副反応の無いように、安全を最優先している為なのです。以上のような理由で、当院は、原則として治療後の照射やり直しは行っておりません。

※治療時の出力数値等を、知りたい方（確認したい方）は、担当者にお尋ねください。

※当院職員に対する非常識な行為、(セクハラ、パワハラ等含む)などがあつた場合は、即時治療は中止とし、

今後、当院での治療は一切お断りさせていただきます。（返金は致しません）

~~~~~

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、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（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 \_\_\_\_\_

# 同意書

東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル1階

パレスクリニック院長 殿

私は、貴院が加入する美容医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対して、保険事故および保険金支払いの有無を判断するための材料として診療記録・検査記録等を提供すること、及びそれに基づく傷病内容についての調査・確認に応じることに同意いたします。

患者住所

電話番号 ( ) -

患者氏名

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

(同意者)

平成 年 月 日

ご本人 (同意者が未成年の場合 下記ご記入ください)

患者との続柄 配偶者・親権者・法定相続人・その他 ( )

住所

電話番号 ( ) -

氏名