

ケアシス施術 同意書

みよたファミリークリニック

院長 堀口 哲男

患者番号：

氏名：

【治療について】

1. 金属性のアクセサリー（ネックレスやピアス、指輪や腕時計等）は、事前に外してください。
2. アトピー症状を含む、敏感肌の方で、肌状態が優れない場合、電気刺激により悪化する可能性がありますので、症状が落ち着いてからお受けください。
3. 施術中に痛みを感じることは少ないですが、額や顎など部位によっては（歯列矯正やインプラント等を含む）、ズーンと微弱な衝動を感じる場合があります。
4. 施術後、一時的に肌が赤みを生じることはありますが、数時間程度で消退します。
5. 特に施術期間中は、日焼け止めを使用し、紫外線対策を励行ください。（SPF30 PA+++以上を推奨）
6. 2～4週間程度の間隔で定期的に施術を受けることで、お肌の保湿力やハリ・ツヤ感が維持され、また肌荒れ等のトラブル症状を穏やかに改善します。

【禁忌】

- ◆ 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方
- ◆ ペースメーカーの埋込みをされている方
- ◆ 人工内耳の埋込みをされている方
- ◆ 金の糸を入れている方
- ◆ HIV 感染症の方、てんかん発作既往歴のある方

【注意喚起】

- ◆ インプラント、歯列矯正中の方
- ◆ 施術部位に金属性プレートを装着されている方
- ◆ 人工関節やボルト等の金属製の器具を装着されている方
- ◆ ヒアルロン酸注入を受けて2～4週間以内の方

以上の内容を十分に理解しましたので、施術を受けることに同意いたします。

署名日：

本人 氏 名 _____

保証人※ 氏 名 _____

(※治療を受ける者が未成年者の場合、保証人の欄に署名をお願い致します)