

※以下、全ての項目について法定代理人（親権者）様ご本人がご記入お願いいたします。

親権者同意書

エルプラスクリニック・メンズエルプラスクリニック御中

■契約申込者

申込者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日生	年齢	歳

私は上記申込者の法定代理人（親権者）として、別紙「医療レーザー脱毛治療について」の内容を全て確認し、申込者が貴院において医療レーザー脱毛治療の契約締結と施術を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

■法定代理人（親権者）

代理人氏名	印	続柄	
生年月日	西暦 年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 -		
電話番号			

※法定代理人ご本人様が署名・捺印してください。

※確認のためご連絡させて頂く場合がございます。

※ご記入頂いた個人情報はご契約の同意確認にのみ使用させて頂きます。他の目的では使用いたしません。

■医療ローンについて

申込者は貴院との診療契約にあたり、治療代金の支払いを貴院と提携契約している医療ローンを利用します（利用します ・ 利用しません）

私（上記法定代理人）は、申込者と貴院との診療契約にあたり、申込者が貴院と提携契約している医療ローンを利用することに（同意します ・ 同意しません）

医療レーザー脱毛治療について

※必ずご確認頂きますようお願いいたします。

■医師の判断によって治療が受けられない方

下記の病気や症状がある、薬剤を服用中の方は医師の判断によって治療が受けられない場合があります。

- ケロイド・瘢痕体質の方
- 光過敏症、光アレルギー、ポルフィリン症を有している方
- ヘルペスなど、感染性皮膚疾患にかかっている方
- てんかんが安定してない方
- 免疫抑制剤、抗凝固剤、金製剤を服用中の方
- 糖尿病などの慢性疾患、自己免疫性疾患、慢性炎症性疾患を有し、病状が安定していない方
- ペースメーカー等の植込み型機器が埋め込まれている方
- 治療部位にがん病変、前がん病変、有毛の母斑がある方
- がん、悪性腫瘍の治療中の方
- 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方、授乳中の方

※その他、患者様の体質体調により医師の判断のもと治療できない場合がございます。

■治療できない箇所について

下記箇所は治療できません。

- ホクロ（7ミリを超える大きさのもの・隆起しているもの）
- 強い日焼けをしている部位
- 刺青、タトゥー、アートメイクがある部位
- 傷や炎症のある部位

■副作用リスクについて

脱毛治療には下記のようなリスクがございます。

痛み、発赤、むくみ、腫れ、火傷、凍傷、水ぶくれ、かさぶた、傷あと、色素沈着、色素脱失、硬毛化・増毛化、蕁麻疹、アレルギー、アナフィラキシー

当院では考えられるリスクに対して最大限配慮し治療しておりますが、万が一肌トラブルが起きた場合は適切にご対応いたします。

当院では未成年（18歳未満）の患者様がカウンセリング及び契約される場合、親権者様（法定代理人）のご同席をお願いしております。

※女性専用院の場合、女性親権者様のご同席をお願いしております。女性のご同席が難しい場合はお電話でお問い合わせください。

カウンセリング時に親権者様またはご家族様のご同席が難しい場合は、本同意書にご記入ご署名ご捺印のうえご契約者様にお渡し頂き、ご来院時にお持ち頂くようお願いいたします。