

※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 沖縄那覇院 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「ソノクイーン【ハイフ】施術同意書」の内容を全て確認し、申込者が貴院においてソノクイーン【ハイフ】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（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申込み及び契約することに（同意します ・ 同意しません）

ソノクイーン【ハイフ】 施術同意書

焦点式超音波（HIFU）を皮膚に照射することにより、皮膚組織内で熱凝固作用を起こし、コラーゲンの生成および再生を促す施術です。

■ 施術前の注意事項

下記に該当される方は、施術できない場合があります。事前に申告をお願いいたします。

1. 医師の判断によって施術をお断りする場合があります。

- 授乳中、妊娠中またはその可能性がある方
- 肌のたるみが殆どない方、極めて深いシワの方
- 最近、ヒアルロン酸注入や脂肪注入、ボトックス注射などの施術を受けた方
- 他院を含め、3ヶ月以内に美容治療を受けた方は必ずお申し出ください。
受けられた施術の内容、時期によっては施術をお断りする場合がございます。

2. 下記に該当される場合、施術を受けられません。

- 金の糸の施術を受けて、照射部位に入っている方
- ペースメーカー、人工関節、金属ステント、体内埋込型細動器など、金属物が入っている方
- 施術部位に開いた傷がある方、強い日焼けや皮膚炎など炎症を起こしている方
- 糖尿病または糖尿合併症を発症している方、自己免疫性疾患がある方、ケロイド体質、出血性疾患、重度の心臓疾患、抗凝血薬療法を受けている方、てんかん、単純性ヘルペスの症状がある方は施術できません。
- その他、患者様の体質体調により医師の判断のもと施術ができない場合がございます。

■ 施術後の注意事項

- シャワーは当日から可能です。当日は長時間の入浴や激しい運動、サウナ、飲酒などはお控えください。
- 施術後は肌の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、日焼け止めなどを使用してください。
- 定期的な再施術についての間隔は、医師とご相談ください。

■ 副作用・リスク

- 照射後、火照り、ピリピリ感、赤み、腫れ、軽い内出血症状、筋肉痛のような痛み、一時的な感覚の変化（一過性まひ等）が生じることがあります。
- 多くの場合、赤みは数時間～数日、その他症状は数日～数週間で自然におさまります。施術により通常と異なる発赤、腫れ、水疱、痂皮などを形成した場合、その他の副作用または合併症が生じた場合は必要な処置を行いますので、当院の指示に従ってください。気になる症状がございましたら、お早めにご連絡をお願いいたします。
- 効果の現れ方には個人差があります。治療には副作用が発症する可能性があることもご理解いただいた上でお受けください。

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。

本人(18歳未満の場合は法定代理人欄の両方に署名が必要です)

令和 年 月 日 氏名

印

法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人

令和 年 月 日 氏名

(続柄

)

印