※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「ハイドラフェイシャル 施術同意書」の内容を全て確認し、申込者が貴院においてハイドラフェイシャル施術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）

ハイドラフェイシャル 施術同意書

ハイドラフェイシャルは、クレンジング、ピーリング、吸引、保湿及び抗酸化保護を同時に組み合わせ、最小限のダウンタイムでより透明感のある美しい肌に導く、ハイドロダーマアブレーショントリートメントです。（効果には個人差があります）

■ 禁忌事項・注意事項

下記のいずれかに該当される方は、必ず事前に申告をお願いします。

・妊娠中・授乳中の方
・施術部位における活動性感染症、悪性腫瘍の疑いがある黒色腫または病変がある方
・皮膚炎症（アレルギー等）や皮膚疾患（肌の損傷）のある方
・過去に美容整形によって、糸（吸収性、非吸収性問わず）またはこれに準ずるものをお顔に使用している方
・皮膚充填剤（ヒアルロン酸、コラーゲン、ボトックスなど）を注入してから必要な期間が経過していない方
・アキュテイン（イソトレチノイン）または同種の薬剤を内服中、あるいは内服歴のある方
・サリチル酸、アスピリン、その他の使用薬剤のアレルギーがある方
・皮膚疾患で通院中の方、3ヶ月以内にピーリング等の美容治療を受けた方は必ずお申し出ください。
・内服中のお薬がございましたら、薬の名前がわかるお薬手帳などをご持参ください。
・その他、医師の判断のもと施術ができない場合がございます。

■ 副作用・リスク

・肌に一時的な刺激、つっぱり感、赤みを感じることがあります。これらはすべて正常な反応で、皮膚の感受性によりますが、多くの場合、72時間以内に解消します。
・上記のような症状の発現には個人差があり、時間が経ってから症状が現れることがあります。
・施術後は肌の日焼けや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、最低SPF30のサンスクリーンを使用してください。

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　　㊞

○ 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　　）　㊞

エルプラスクリニック 沖縄那覇院