

※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「IPL施術同意書」の内容を全て確認し、申込者が貴院においてIPL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)

IPL光治療 説明・同意書

※本施術は公的医療保険が適用されない自由診療です。

1. IPL（光治療）の特徴と効果

IPL(Intense Pulsed Light)は、広波長の光エネルギーを肌に照射することで、肌トラブルの原因であるメラニン色素(シミ・そばかす)や毛細血管(赤ら顔・ニキビ跡の赤み)に熱ダメージを与えて改善を図る治療です。さらに真皮層のコラーゲン産生を促し、肌のハリ・キメの改善、ターンオーバー正常化といった肌質改善(リジュビネーション)効果が期待できます。

・推奨治療間隔・回数:3~4週間に1回の間隔で、3~5回の継続的な治療をお勧めします。

2. 起こりうる副反応・リスクおよび経過

- ・照射時の刺激:輪ゴムで弾かれたような軽い痛みや熱感を感じます。
- ・赤み・ほてり:照射直後から数時間~数日程度、赤みやヒリヒリ感が出る場合があります。
- ・マイクロクラスト(薄いかさぶた):シミやそばかすの部分が一時的に濃く浮き上がり、細かいかさぶたになることがあります。通常1週間前後で自然に脱落しますので、絶対に無理に剥がさないでください。
- ・肝斑(かんぱん)についての注意:肝斑が存在する場合、光刺激によって肝斑が悪化・濃くなるリスクがあります。診察により肝斑部位を避ける、または出力を調整して照射します。
- ・まれな合併症:火傷(熱傷)、水疱形成、びらん、炎症後色素沈着(PIH)、色素脱失など。万一強い症状が現れた場合は速やかに当院へご連絡ください。

3. 事前確認事項(該当項目をチェックしてください)

【治療が受けられない方(絶対禁忌)】

- ☐ 過度の日焼けをしている方、または直近で日焼けをする予定がある方
- ☐ 光線過敏症(日光アレルギー)をお持ちの方、光感受性を高める薬剤・サプリメントを使用中の方
- ☐ 妊娠中、または授乳中の方
- ☐ 照射部位に皮膚悪性腫瘍、開放創(傷口)、活動性の感染症(ヘルペス等)がある方
- ☐ 照射希望部位にアートメイクやタトゥーがある方(インクが変色・熱傷の原因となります)

【慎重な判断・注意を要する方】

- ☐ がんの治療歴がある方
- ☐ てんかん発作の既往がある方(光刺激リスク)
- ☐ 照射部位にケロイド、乾癬、強い湿疹がある方
- ☐ 全身性エリテマトーデス(SLE)やポルフィリン症
- ☐ コントロール不良の糖尿病をお持ちの方
- ☐ 多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)
- ☐ トレチノイン・高濃度レチノール・イソトレチノイン製剤を使用・服用中の方

4. 施術後の注意点・アフターケア

- ・紫外線対策:治療期間中は日焼けを避けてください。天候にかかわらずSPF30以上の日焼け止めを毎日塗布してください。
- ・保湿と摩擦防止:メイクや洗顔は直後から可能ですが、強くこすらないよう注意し、十分な保湿を行ってください。
- ・入浴・運動等の制限:血行が促進されると赤みやほてりが強まるため、当日の長風呂・サウナ・激しい運動・飲酒は控えてください。

私は、担当医師(またはスタッフ)よりIPL治療に関する特徴、期待される効果、起こりうる副反応・リスク、施術後の注意点および自由診療に関する説明を十分に受け、理解・納得した上で施術を受けることに同意いたします。
※治療効果や肌の反応には個人差があることを了解しています。

同意日: 年 月 日

患者様ご署名: _____ (自署)

※未成年者の場合 親権者ご署名: _____ (続柄:)

説明医師(担当者)署名: _____