※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「ピーリング施術同意書」の内容を全て確認し、申込者が貴院においてピーリング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）

ケミカルピーリング施術 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。

【本日受ける施術を選択してください】
□ ① サリチル酸マクロゴールピーリング　□ ② マッサージピール（PRX-T33）　□ ③ ララドクター

1. 薬剤の特徴・期待される効果・施術頻度

■ ① サリチル酸マクロゴール（**SaM** ケイセイ製）
マクロゴール基剤がサリチル酸の皮膚深部への過剰な浸透を防ぎ、角質層にのみ作用します。痛みや赤み等の副作用を抑えつつ、ニキビや角栓・毛穴詰まりに高い効果を発揮します。
・治療頻度：2〜4週間に1回、計5回程度の継続を推奨
・期待される効果：ニキビ・ニキビ跡、毛穴の黒ずみ・角栓・開き、肌のくすみ・ざらつきの改善

■ ② マッサージピール（**PRX-T33**）
高濃度トリクロロ酢酸（TCA 33%）と低濃度過酸化水素（H2O2）、コウジ酸を配合した薬剤です。過酸化水素が表皮を保護し剥離作用を抑えつつ、真皮深層までTCAを浸透させコラーゲン増生を促します。コウジ酸による美白効果も期待できます。
・治療頻度：2〜3週間おきに5回を推奨。以降はメンテナンスとして1〜2か月に1回
・期待される効果：肌のハリ・弾力向上、小じわの軽減、たるみ毛穴の引き締め、シミ・くすみ・色素沈着の改善

■ ③ ララドクター（**LHA**ピーリング）
主成分LHA（リポヒドロキシ酸：弱酸性pH5.5）が不要な角質・メラニンを優しく除去し、PLLA（ポリ乳酸）や特許バリア成分H2Sol™等の有効成分が真皮層までアプローチして肌の再生力を活性化します。
・治療頻度：2〜3週間おきに5回を推奨。以降はメンテナンスとして1〜2か月に1回
・期待される効果：肌のキメ・トーンアップ、毛穴の開き・黒ずみ改善、バリア機能強化、小じわ・ハリ改善

2. 起こりうる副反応・リスク（ダウンタイム）

・施術中：薬剤塗布時にピリピリ感、灼熱感、一時的な赤みを感じることがあります。
・施術後：赤み、乾燥、つっぱり感、薄い皮むけ（落屑）が数日〜1週間程度続く場合があります。
・一時的なニキビの悪化：毛穴の詰まりが排出される過程で、一時的に吹き出物が増えることがあります（好転反応）。
・極めてまれな合併症：水疱形成、びらん、毛細血管拡張、炎症後色素沈着（PIH）など。異常を感じた場合は速やかに当院へご連絡ください。

3. 施術を受けられない方（禁忌事項）

【共通の禁忌】
・妊娠中、または授乳中の方
・施術部位に強い皮膚炎、ヘルペス、感染症、重度の化膿性ニキビ、開放創（傷口）、皮膚悪性腫瘍の既往がある方
・イソトレチノイン（アクネトレント等）内服中、または内服終了後6か月以内の方
・直近で日焼けをしている方、または施術直後に強い日焼けをする予定のある方
・ケロイド体質、強い色素沈着のある方、過去に同様のケミカルピーリングで重篤な過敏症を起こした方
【薬剤別の禁忌】
・サリチル酸マクロゴール：アスピリン喘息、またはアスピリン・サリチル酸系アレルギーのある方
・マッサージピール：コウジ酸アレルギー、過酸化水素アレルギーのある方

4. 施術前後の注意点・アフターケア

・保湿・紫外線対策：角質除去後はバリア機能が低下し乾燥・紫外線ダメージを受けやすくなります。十分な保湿と日焼け止め（SPF30以上）の使用を徹底してください。
・摩擦の禁止：洗顔時・スキンケア時に強くこすったり、剥がれかけた皮を無理に引き剥がさないでください。
・外用薬・刺激物の休止：トレチノイン、高濃度レチノール、ハイドロキノン、スクラブ、他社ピーリング剤、顔剃りは前後3〜7日お控えください。

私は、担当医師（またはスタッフ）より本施術に関する特徴、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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿