

イオン導入説明同意書

目的：微弱な電流の力で分子を移動させ、薬剤を肌の真皮層まで浸透させ、潤いのある美肌へ導く治療法です。ビタミンCやトラネキサム酸などの薬剤を、専用のイオン導入器を用いて肌の奥の真皮層に導入します。表面から塗るよりも約30～100倍皮膚に薬剤を浸透させることができ、透明感と潤いのある美肌へと導きます。肌へのダメージも少なく、1週間～4週間に1回程度のペースでの継続した施術をおすすめいたします。

□施術前は、ピアス・時計・ネックレスなど身に着けている金属を外し、メイクをしっかりと落としてください。

□体内金属（インプラント、義歯、金属プレート、成分に金属を含むアートメイクなど）が入っている方は必ず事前にご申告ください。施術中に熱さを感じる可能性がございます。

□施術中、お痛みはほとんどありませんが、通電のため部位によって（特に額や口周り）は電気のビリビリ感や違和感がある場合がございます。問題はございませんが電気刺激を強く感じる場合は、我慢せずに施術担当者にお伝えください。

□施術直後より洗顔・メイクが可能です。紫外線対策を十分に行ってください。

□ごくまれに、美容液がお肌に合わず赤みやかぶれなどの症状が出る場合がございます。

肌トラブルが生じた場合診察をさせていただきますので受診をお願いいたします。（※診察には診療代がかかります）

□下記に該当する方、既往歴・現病歴、現在内服中のお薬があれば必ず事前にお申し出をお願いいたします。

●禁忌:リウマチ治療にて金製剤による治療歴がある方、妊娠中の方、金の糸が入っている方は施術をお断りしております。治療部位に傷や皮膚腫瘍がある方、ペースメーカーや除細動器を入れている方、金属やシリコンがある方は治療が受けできません。

●要相談:体内金属のある方、お肌の乾燥が強い方、心臓疾患のある方、出血性疾患のある方、糖尿病の方、ケロイド体質の方、単純ヘルペスの活動病変がある方、授乳中の方は治療が受けられない場合があります。

※医療機器はいずれも精密機器です。万が一、機器にトラブルがあった際には、同日に治療を受けていただけない場合がございますのでご了承ください。

※施術後の注意事項の厳守をよろしくお願いいたします。

□私は上記内容を理解し、施術に同意します。

○本人(18歳未満の場合は、法定代理人欄と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)