

# 脱毛に関する同意書

未成年者が当院で脱毛施術を受ける際には、保護者の同意を取らせていただいております。

当院としましては、まず保護者の方と一緒に受診していただくのを基本と考えております。その上で、下記の説明にご同意いただけましたら、ご署名をお願いいたします。

1. 当院の光脱毛は、毛根の成長期に合わせて受けていただきます。  
照射により成長期の毛根が破壊されます。  
1～2か月に1回の施術を、約1～2年受けることで発毛が少なくなってきます。
2. 脱毛期間中、発毛が気になる場合は、ご自身で除毛処理をしていただいても構いません。  
抜毛は、施術の1週間前までにしてください。
3. 施術後、一時的に皮膚に炎症がおき、赤く腫れることがあります。  
消炎鎮痛剤（クリーム）を塗布することで、ほとんどが翌日には治まります。  
（処置代は、施術費用に含まれます。）
4. 皮膚炎等の症状が起きた場合は、ご相談ください。

あおやぎ形成外科・皮フ科クリニック  
院長 青柳和也  
TEL:03 - 5761 - 7358

上記の内容を確認し、脱毛の施術を受けることを承諾致しました。

同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人氏名： \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_