

当院では未成年の患者様がカウンセリング及び契約される場合、親権者様(法定代理人)のご同席をいただいております。また、当院では若年層の患者様とご家族様へ安心してご利用いただけるように、18歳、19歳の高校生・高専生の患者様にも、ご契約者様のご家族様へご同意をいただいております。カウンセリング時に親権者様またはご家族様のご同席が難しい場合は、下記項目をご記入いただき、親権者様またはご家族様(基本的に父・母)のご署名・ご捺印をお願いいたします。ご契約者様に本同意書をお渡しいただき、ご来院時に必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

じぶんクリニック院長 殿

西暦 年 月 日

## 医療脱毛契約に関する同意書

私は、契約の申込にあたって、申込者の代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって、契約を締結することについて同意します。

### 記

治療内容

医療脱毛

(※脱毛治療には、やけど等のリスクを伴います。当院では考えられるリスクを考慮し治療をおこなっておりますが、万一肌トラブルが起きた際は適切に対応いたします。)

### ●契約申込者

申込者				④		
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒 -					

### ●同意者 契約申込者との関係 親権者様(法定代理人) ご家族様(父母) その他(契約者との関係: )

ふりがな 代理人	-----			④	続柄	
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒 -					
電話番号			携帯番号			

※ご確認のため、ご連絡する場合があります。

申込者は、貴院との診療契約(脱毛治療)にあたり治療代金の支払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(上記代理人)は、申込者と貴院との診療契約(脱毛治療)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利用(申込及び契約)することに、(同意します。・ 同意しません。)

# 注 意 事 項

以下の項目にあてはまる場合はチェックボックスに☑ください。

- 日焼けされている方（1 ヶ月以内に積極的な日焼け：海外旅行、海、山、ゴルフ、日焼けサロン等）
- 光に対する感受性に影響を及ぼす可能性のある薬剤、ハーブ系サプリメント、香料、または化粧品を使用されている方
- 光感受性の強い方（光アレルギー）、レーザー脱毛に使われる 800nm 付近の光に強く反応する方
- 中高度の強さの熱または赤外線放射に長期的または繰り返し曝露されることによって生じる、後天性の持続的な紅斑および色素皮膚発疹などの日焼け紅斑の既往歴がある方
- ケロイド癬痕化の既往のある方
- 処置対象箇所にタトゥーがある方
- 処置対象箇所に活動性のヘルペス、裂傷または擦過傷がある方
- ハイドロキノンその他の脱色剤に対する過敏症がある方
- 治療開始前 6 ヶ月以内に経口イソトレチノイン（商品名：Accutane）を使用していた方
- 心臓疾患、出血性疾患、脱毛したい箇所の皮膚に皮膚疾患を有する方
- 妊娠されている、またはその疑いのある方
- 悪性腫瘍、HIV 感染の疑いのある方
- 処置対象箇所が処置で使用する薬剤、溶液またはジェルに対して過敏である（代替え手段がない場合）
- 飲酒、衰弱の激しい方
- 治療開始前 4 週間以内に脱毛剤（ワックス等）を使用または毛抜きをされた方
- 原因不明の皮膚病変がある方
- 処置対象箇所に活動性の感染がある方
- 網状皮斑（自己免疫性の血管障害）の既往歴がある方
- 静脈瘤による血液の逆流に起因する血管拡張症がある方
- 処置対象箇所に形成異常母斑がある方
- 出血性疾患の既往歴がある方
- 処置対象箇所に影響を及ぼす著しい皮膚症状または炎症性の皮膚症状がある方
- 処置対象箇所に慢性の感染症、あるいはウイルス、真菌または細菌感染がある方
- 治療開始前 2 週間以内にワクチン注射接種をされた方
- 皮膚癌の既往歴または処置対象箇所に前癌病変がある方

ご不明な点がございましたら担当医師にご相談ください。

なお、万が一虚偽の申告をされ、その為に起こりえたトラブル等に関しては一切の責任を負いかねます。

上記の内容について確認しましたので、医療レーザー脱毛治療を受けることに同意いたします。

年 月 日

署 名：

印

代理人※：

印

※契約申込者が未成年者、18 歳、19 歳の高校生・高専生である場合は親権者様、ご家族様のご署名・ご捺印をお願いいたします。

当院では未成年の患者様がカウンセリング及び契約される場合、親権者様(法定代理人)のご同席をいただいております。また、当院では若年層の患者様とご家族様へ安心してご利用いただけるように、18歳、19歳の高校生・高専生の患者様にも、ご契約者様のご家族様へご同意をいただいております。カウンセリング時に親権者様またはご家族様のご同席が難しい場合は、下記項目をご記入いただき、親権者様またはご家族様(基本的に父・母)のご署名・ご捺印をお願いいたします。ご契約者様に本同意書をお渡しいただき、ご来院時に必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

じぶんクリニック院長 殿

西暦 20××年 4月 1日

## 医療脱毛契約に関する同意書

私は、契約の申込にあたって、申込者の代理人として、貴院で申込者が下記治療を受けるにあたって、契約を締結することについて同意します。

### 記

治療内容

医療脱毛

(※脱毛治療には、やけど等のリスクを伴います。当院では考えられるリスクを考慮し治療をおこなっておりますが、万一肌トラブルが起きた際は適切に対応いたします。)

### ●契約申込者

捺印が必要です

申込者	自分 花美	
生年月日	西暦 20××年 7月 28日生	年齢 17歳
住所	〒123-4567 東京都港区六本木0-0-0	

同意者がいずれかにチェック✓

### ●同意者

契約申込者との関係 親権者様(法定代理人) ご家族様(父母) その他(契約者との関係: )

ふりがな 代理人	じぶん はなこ 自分 花子		続柄	母
生年月日	西暦 19××年 5月 28日生	年齢	47歳	
住所	〒123-4567 東京都港区六本木0-0-0			
電話番号	03-123-4567	携帯番号	090-9876-5432	

※ご確認のため、ご連絡する場合があります。

申込者は、貴院との診療契約(脱毛治療)にあたり治療代金の支払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。

契約申込者がいずれかにチェック✓

私(上記代理人)は、申込者と貴院との診療契約(脱毛治療)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利用(申込及び契約)することに、同意します。・同意しません。

同意者がいずれかにチェック✓

# 注意事項

契約申込者があてはまる項目にチェック✓

以下の項目にあてはまる場合はチェックボックスに☑ください。

- 日焼けされている方（1ヵ月以内に積極的な日焼け：海外旅行、海、山、ゴルフ、日焼けサロン等）
- 光に対する感受性に影響を及ぼす可能性のある薬剤、ハーブ系サプリメント、香料、または化粧品を使用されている方
- 光感受性の強い方（光アレルギー）、レーザー脱毛に使われる800nm付近の光に強く反応する方
- 中高度の強さの熱または赤外線放射に長期的または繰り返し曝露されることによって生じる、後天性の持続的な紅斑および色素皮膚発疹などの日焼け紅斑の既往歴がある方
- ケロイド癬痕化の既往のある方
- 処置対象箇所にタトゥーがある方
- 処置対象箇所に活動性のヘルペス、裂傷または擦過傷がある方
- ハイドロキノンその他の脱色剤に対する過敏症がある方
- 治療開始前6ヵ月以内に経口イソトレチノイン（商品名：Accutane）を使用していた方
- 心臓疾患、出血性疾患、脱毛したい箇所の皮膚に皮膚疾患を有する方
- 妊娠されている、またはその疑いのある方
- 悪性腫瘍、HIV感染の疑いのある方
- 処置対象箇所が処置で使用する薬剤、溶液またはジェルに対して過敏である（代替手段がない場合）
- 飲酒、衰弱の激しい方
- 治療開始前4週間以内に脱毛剤（ワックス等）を使用または毛抜きをされた方
- 原因不明の皮膚病変がある方
- 処置対象箇所に活動性の感染がある方
- 網状皮斑（自己免疫性の血管障害）の既往歴がある方
- 静脈瘤による血液の逆流に起因する血管拡張症がある方
- 処置対象箇所に形成異常母斑がある方
- 出血性疾患の既往歴がある方
- 処置対象箇所に影響を及ぼす著しい皮膚症状または炎症性の皮膚症状がある方
- 処置対象箇所に慢性の感染症、あるいはウイルス、真菌または細菌感染がある方
- 治療開始前2週間以内にワクチン注射接種をされた方
- 皮膚癌の既往歴または処置対象箇所に前癌病変がある方

ご不明な点がございましたら担当医師にご相談ください。

なお、万が一虚偽の申告をされ、その為に起こりえたトラブル等に関しては一切の責任を負いかねます。

上記の内容について確認しましたので、医療レーザー脱毛治療を受けることに同意いたします。

20××年 4月 1日

署名：

自分 花美

捺印が必要です



代理人※：

自分 花子

捺印が必要です



※契約申込者が未成年者、18歳、19歳の高校生・高専生である場合は親権者様、ご家族様のご署名・ご捺印をお願いいたします。