

メディカルアートメイク説明書兼同意書

《特徴》

メディカルアートメイクは皮膚にニードル(針)を用いて皮膚下0.01mm～0.03mmの表皮に色素を注入する医療行為です。

またアートメイクは人の皮膚に針等で色素を注入するものであり、法改正により日本では医療機関で行わなければならない医療行為とされています。(厚生労働省医政局通達 105 号)

色の定着や持続には個人差がございます。

通常 2～3 回に分けて仕上げます。

ライフスタイルや代謝により定着、持続期間は異なります。

通常 2～3 年持続しますが、1～2 年を目安にリタッチをしていただくと綺麗な眉が保てるのでお勧めしています。

施術直後 3～5 日間くらいまでは濃く、その後は薄くなります。

1～2 年で少しずつ退色していくものの、一度アートメイクをするとすぐに落とすことはできません。

《治療手順》

問診→施術前写真撮影→麻酔→カウンセリング→デザイン→アートメイク施術→クーリング→施術後写真撮影→軟膏塗布→終了

《治療間隔》

2 回目の施術はターンオーバーと傷口の修復の関係上、1 ヶ月は空けていただき、2 ヶ月以内に施術します。

《治療後の注意点》

- ・当日は治療箇所の洗顔及び、洗髪をお避けください。
また施術後1週間は治療箇所のオイルクレンジングはお控えください。
- ・治療後5日間は1日3回治療箇所に軟膏を薄く綿棒で塗布してください。
- ・プール、海水浴、公衆浴場は2～3日お避けください。
- ・アイラインの場合、コンタクトは4日後から装着してください。
- ・リップの場合、当日は雑菌が入らないように飲み物はストローを使用していただき、食べ物は唇に触れないよう気をつけてください。
- ・炎症の原因になりますので、24時間は手で触ったりこすったりしないでください。
- ・ピーリング作用のある薬剤を使用したお手入れ(エステや化粧品含む)、脱毛等をされる場合は、施術箇所を必ず保護してもらいようにして下さい。また2回目やリタッチでご来院の場合は、ピーリング等された直後はお控え頂き、お肌が落ち着いてからのご来院をお願いします。
- ・まつ毛エクステやまつ毛パーマをされる場合は、施術後1週間は空けて頂くようお願い致します。

《治療後の症状及び副作用について》

発赤、疼痛、熱感、腫れの炎症を感じる場合があります。

起こりうること

・・・麻酔でのアレルギー・角膜損傷・腫れ・出血・内出血・瘡蓋・色素のムラ・色素の変色・にじみ・ケロイド・感染等。

眼内および眼周囲のトラブル(紅斑・発疹・水泡・掻痒感・浮腫・疼痛・角膜損傷・視力低下等)が起きた場合は速やかに眼科の専門医を受診してください。

《禁忌事項》

・妊娠中または妊娠の可能性がある方。

安定期でかかりつけの産婦人科の医師から許可を得た場合は施術可能の場合もあります。

・何かしらの感染症をお持ちの方。

感染症の種類によりますので問診の結果、場合によっては施術前に確認のための血液検査をさせていただきます。

例えばC型肝炎の抗体がプラスでも血液検査で抗原(C型肝炎ウイルス)がマイナスであれば施術可能です。

・ケロイド体質の方。

《適応注意》

・長期間ステロイドを内服している場合。主治医の許可を得た場合のみ施術可能です。

・糖尿病を患っている方。特にインシュリンを投与されている方は主治医の許可を得ていただきます。

・脳梗塞や肺梗塞などで血液サラサラのお薬(ワーファリン、バップアリン 81 など血液の凝固を止しするお薬)を服用している方。

・アレルギー体質の方。

・アイライン施術の方でまつ毛エクステーションをされている方は施術中にエクステが外れて角膜損傷を来す可能性がありますので、必ず外してからご来院ください。

・局所麻酔(リドカイン、薬品名キシロカインなど)でアレルギー・アナフィラキシー反応を起こした方。

※局所麻酔の注射・クリーム麻酔でアレルギーの既往がある。

【 はい・いいえ・わからない 】

「はい」と答えた方は、どのような症状が出たのか具体にお答えください。

症状:

・全身疾患で特別な治療を受けてみえる方は、施術中の可否をかかりつけの医師に確認してください。

・施術箇所・周囲に受けた医学的処置があれば自己申告をお願い致します。

いつごろ:

受けた施術:

《患者様からのご質問》

同意書

施術名: _____ の施術を受けることに同意致します。

- ・各種説明書に記載された治療の効果・発現する可能性のあるリスクについて理解した上で、承諾致します。
- ・治療に先立ち、治療に関係する事柄(他の治療の受診状況・使用している薬剤の有無・アレルギー等持病や体質について・ペースメーカーやインプラントの有無・妊娠の有無・日焼けの有無・以前に同種の治療を受けた際に皮膚等に症状・トラブルが生じた事がある場合にはその具体的内容)について申告し、治療後トラブルが生じた際は速やかにしかるべき治療院で受けることを承諾致します。
- 治療で発生する費用は貴院に請求しないことを承諾します。
- ・施術後のご自身の処置(軟膏塗布)の重要性について理解し承諾致します。
- ・効果の出方や持続期間については個人の皮膚の性質・皮膚の状態・加齢の状態により差異が生じることを理解し承諾致します。
- ・十分な効果を期待する場合、複数回の治療を必要とすることが予測され、その都度料金が発生することを承諾致します。また、治療効果や必要な治療回数には個人差がある事を理解し承諾致します。
- ・患者側の事情により解約を希望する場合、有効期限内であっても返金は一切不可となることを承諾致します。
- ・当日キャンセルは、1回分の施術料金を消化させていただきます。
- ・医療事故が発生した場合、当院が加入する医療賠償責任保険の保険会社(その保険会社が委任した者をむ)に対し保険金支払いの有無など判断するための材料として、個人情報・診療記録、検査記録等を提供することや傷病内容についての調査・確認に応じることを承諾します。
- ・院内保存用として顔写真撮影することを承諾します。

同意日： 年 月 日

氏名： _____ 自署

住所： _____

親権者氏(未成年者のみ)： _____ 自署

ココクリニック 医師 _____ 自署

看護師 _____ 自署