

自費診療における保護者の方への説明書

当院では、未成年者の自費診療については基本的に保護者様にご同席いただき治療方針や料金について説明しております。しかし遠方にお住まいなどの理由でご同席が難しい場合には、この書類にて保護者様にご同意を頂いています。

当院ではニキビ・いわゆる肌荒れなど保険適用となりうる病態には自費診療を行っていません。自費診療に関しては保護者様の同意が必要です。必ずよくお読みいただくようお願い申し上げます。

高校生以下の方に関しては、いかなる理由でもご同席での説明・ご同意をいただいています。ご了承ください。

日本橋いろどり皮ふ科クリニック院長 横井彩

光治療（当院の機器：セレックV）とは

ニキビ痕の赤みやそばかすなど複数のお悩みに対応する治療機器です。そばかす、小鼻やニキビ痕の赤み、赤ら顔などの状態に対して、複数回の施術を行います。

通常3-5回程度の治療を行います。

治療効果には個人差があります。効果を感じない場合も返金は致しかねます。ご了承ください。

未成年の患者様の治療について

未成年者に対して美肌維持／エイジングケア目的の治療は行っておりません。

施術対象は、**そばかす、ニキビ痕や小鼻の赤み、口周り脱毛**です。

ダウンタイム・合併症

施術中に光のまぶしさと反応による痛みがあります。ふわっとした赤みがありますが、施術後にメイクしてご帰宅可能です。お悩みの部分は反応により赤みや小さい内出血が起きることがありますが数日で消えます。

強い赤みや水疱が出た場合は**必ずご連絡ください。**

不測の事態が生じた際にはできる限りお早めにお電話にてご連絡いただき、できる限り1週間以内に受診いただくようお願いしています。

この施術ができない方

- ・光アレルギー、また眩しさに対し気分不良を感じるなど光刺激に過敏な方
- ・妊娠中、糖尿病、膠原病の方、その他医師が不可能と判断した場合

料金

当院共通の自費診察料

初診料 ￥2,200

再診料 ￥1,100 (診察のみの場合。施術時にはかかりません)

カウンセリング料 ￥1,100 (1施術につき初回説明時のみ)

光治療 部位による料金

【顔全体（ニキビ痕赤みが広範囲にある場合）】 1回の施術料 ￥33,000

【小鼻赤み】 1回の施術料 ￥8,800

【口周り脱毛】 1回の施術料 ￥11,000

通常、3-5回程度を目安に1~1.5ヶ月程度の間隔で行いますが、2-3回の治療で効果を感じない場合は中止します。

合計回数に制限がありましたら備考欄にお書きください。

光治療に関する保護者様の同意書

治療内容・ダウンタイム・一連の治療にかかる料金についてご理解頂けましたら、同意書にサインをお願いします。連絡・注意事項は備考欄にご遠慮なくお書きください。

医療という性質上、治療中または治療後に不測の事態が生じた場合に必要な処置などが発生することがあります。万が一緊急の場合は保護者様のご同意を得る前に行うこともありますので、こちらについてもご理解ご同意をお願いします。

日本橋いろどり皮ふ科クリニック 殿

治療内容と必要性、起こりうる合併症やダウンタイム、料金について理解し納得した上で、私の保護下にある者（患者）が施術を受けることを同意します。

保護者の方が直筆にてお願いします。

患者様のお名前 _____

下記は保護者様のお名前などをご記入ください。

お名前 _____ ・ 電話番号 _____ ・ 続柄 _____

ご住所 _____

備考欄：