

プロファイロ注入施術の同意書

特徴および施術の流れ

- ・ 神経、血管走行箇所を避け、顔、または首 10 箇所プロファイロ各箇所 0.2ml を注入します。
- ・ シワが深い場合、毛穴の開大が顕著な場合、たるみが顕著な場合は、照射施術や他の治療等を併用する必要があります。
- ・ 同意説明後、いかなる理由があっても、ご自身のために開封したプロファイロは返金できません。
- ・ 効果に満足できない場合や、体質により副反応が生じた場合も施術費の返還は致しません。

効果の持続・必要回数

- ・ 効果に即効性はありません。効果は 2 回目（1 回目から 1～2 ヶ月後）注入の 1 ヶ月後から徐々に生じます。3 ヶ月～6 ヶ月後に効果を判定します。 臨床的なシワや凹みの改善と効果の持続は個人差がございますので、医師にご確認ください。
- ・ 肌年齢に応じ推奨施術回数は異なります。半年～1 年毎に繰り返し注入すると、効果の持続期間は延長します。
- ・ 必要回数は、骨格、皮下脂肪量、肌老化の程度、目的により異なります。肌年齢や骨格、症状によっては効果に限界がありますので、理想とする状態をカウンセリングの際、担当医と十分にご相談下さい。

施術後の注意点

- ・ この施術は皮膚組織の再生力を利用しており、施術部位は 1 週間ほど怪我のあとと同様、揉む、強く触るなどの刺激を与えないでください。2 週間はエステやマッサージ、他施設での施術を避けてください。
- ・ 針孔は 1 時間程度で閉鎖します。洗顔、メイク、軽い入浴、食事、接触も当日から制限はありません。
- ・ 多量の飲酒、サウナ、長風呂、激しい運動は内出血のリスクを高めるので当日のみお避け下さい。

プロファイロ注入施術の禁忌事項

下記に該当される方は、この施術を受けられないことがあるのでご相談ください。

- ・ 18 歳未満の方は同意書をいただきます。
- ・ 過去にヒアルロン酸注入施術で異常反応（アレルギーなど）があった方
- ・ 真性ケロイドの方、重度の肥厚性瘢痕の既往のある方
- ・ ご希望部位に無治療の皮膚炎や感染がある方、重症の糖尿病・膠原病・精神疾患の方
- ・ 妊娠中の方
- ・ 出血しやすくなるため、アスピリンなど血栓予防薬の内服をされている方
- ・ 安全のため、他院での美容医療の治療歴を担当者にお伝えください。

副作用・副反応

- ・ 注射部位の痛み、炎症、赤み、かゆみ、腫れなどが生じることがありますが、いずれも数日で消褪します。
- ・ 注射・注入施術で、最も高い頻度で生じるリスクは内出血です。 当院では、極細の針を用い、この施術は、出来るだけ血管と神経を避けて注射し、内出血のリスクを最小限にしていますが、避けられない場合があります。内出血が出た場合は 10 日～2 週間かけて消褪します。
- ・ 内出血が生じる可能性のため、大切なイベントの直前 2 週間は施術を見合わせるべきですが、担当医にご相談ください。
- ・ 体質によりアレルギー反応が生じることがあり、これは予測できません。その場合は適切な対処をいたしますので必ず受診して下さい。
- ・ 他院でヒアルロン酸注入や他のフィラー注入、スレッド治療、手術などの治療歴がある場合、局所の線維化や、解剖学的な血管走行が変化している場合があります、思わぬ副反応や仕上がりの不良が生じる可能性があります。担当医に必ずご相談ください。
- ・ 施術後の注意事項を守り、担当医の指示通りに受診の上、施術経過をみせていただかないと、予想通りの効果が出なかったり、思わぬ副反応が生じたりすることがあります。

その他

- ・ この施術の結果は、患者様の施術履歴として保管をいたしますが、プライバシーは十分に尊重されます。
個人に関する情報（氏名、写真など）が許可なく外部に公表されることは一切ありません。
- ・ この施術を受けることを拒否することは任意であること、同意した後でも施術前にはいつでも撤回することができます。それによって不利益な対応を受けることはありません。
- ・ 他の施術法の内容や効果、安全性についての説明を受け、比較した上で同意してください。
- ・ 施術中ないしは施術後に副反応、不測の事態が生じた場合は、速やかに担当医に連絡をとり再診を受け、必要かつ適切な処置を受けてください。

施術内容と、これに伴い起こりうる合併症、料金の説明を十分に理解しましたので、貴院においてプロファイロの注入施術を受けることに同意します。

20 年 月 日

患者様ご氏名 _____

年 月 日生（ 才）

住所：

説明医師名 宍戸悦子

〒243-0413 神奈川県海老名市国分寺台 5-13-11 宍戸医院

046-231-7860（美容外来）