

エレクトロポレーション 施術同意書

エレクトロポレーション(電気穿孔法)は、特殊な電気パルスを利用して、お肌の細胞膜に目には見えない微小な穴を開け、お肌の奥深くに美容成分を導入することができます。イオン導入の約 20 倍の浸透力と言われていきます。

透明感と潤いのある美肌へと導きます。また他の施術と併用いただくことで、レーザーや薬剤の効果をより高めることができます。

お肌へのダメージも少なく、1 週間～4 週間に 1 回程度のペースでの継続した施術をおすすめいたします。

◆禁忌事項◆

- ・妊娠中または妊娠の可能性がある方
- ・ペースメーカー装着中の方
- ・治療部位に細菌感染や、ヘルペスなどのウイルス感染がある方
- ・創傷など治療部位に出血がある方
- ・体内金属(インプラント、義歯、金属プレート、成分に金属を含むアートメイクなど)が入っている方は、必ず事前にご申告ください。

施術中に熱さを感じる可能性がありますので、その場合は施術を中断させていただく場合があります。

◆施術前◆

- ・メイクをしっかりと落として下さい
- ・ピアス、時計、ネックレスなど身につけている金属類を全て外して下さい

◆ 施術中 ◆

- ・痛みはほとんどありませんが、通電の為、部位によって(特に額や口周り)は、電気のピリピリ感や違和感を感じる場合があります

問題はありますが、電気刺激を強く感じる場合は、我慢せずに施術担当者にお教えください

◆施術後 ◆

- ・直後より、洗顔・メイクが可能です
- ・ごくまれに、美容液がお肌に合わずに、赤みやかぶれなどの症状が出る場合があります
肌トラブルが持続するような場合は、クリニックまでお問い合わせください
- ・紫外線対策を十分に行ってください

私は上記内容を理解し、施術に同意します。

○本人(18 歳未満の場合は、法定代理人欄と両方に署名が必要です)

令和 年 月 日 氏名 _____

○法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人

令和 年 月 日 氏名 _____ (続柄 _____)

よつば会クリニック 大阪・梅田院