

## 同意書

**【禁忌・注意事項】** 下記の該当事項がある方は、施術をお断りする場合がございます。

下記のような医療用電子機器をご使用の方。

(ペースメーカー等の体内埋込型医療用電子機器、人工心肺等の生命維持用電子機器  
心電図等の装着型の医療用電子機器、脳内に金属等を埋め込んでいる方)

\*インプラントは除く。

妊娠、授乳中である。

\*授乳をする方：授乳後1ヵ月

\*授乳をしない方：出産後最初の生理終了後1ヵ月

施術を行う部位に痛みがある。

施術を行う部位にボトックスやヒアルロン酸注入などの注入治療を行っている。

6ヵ月以内に、施術を行う部位に整形手術を行っている。

\*6ヵ月以上経っている場合であっても、施術前に医師にご相談下さい。

6ヵ月以内に、施術を行う部位に外科手術を行っている。

6ヵ月以内に、施術を行う部位に静脈の手術を行っている。

アトピー症状のある方。

\*一時的にかゆみや赤みなどの反応がでる可能性がございます。

ケロイド体質の方

\*あざが出来たり皮膚にダメージを受ける可能性がございます。

抗うつ剤を使用している。

\*結果が出にくい場合がございます。

アレルギー疾患がある。

免疫抑制疾患による免疫力の低下または免疫抑制剤を使用している。

\*貴金属類、時計などは必ず外してください。

\*上記禁忌事項、施術要注意、その他施術上の注意事項のほか、トリートメントの効果には、身長や体重、年齢、健康状態による個人差がございますのでご了承ください。

\*メイクを落としたままで終了いたします。個人差がございますが、メイクは仕上げの後しばらくおいた方が効果的です。(マスクをご用意しておりますので、必要であればご使用下さい。)

上記確認し、同意いたしました。

年 月 日

署名

ねもと歯科クリニック

根本 京子