

LUNA MBC アートメイク、パラメディカル、スカルプスキンニードル問診・承諾書

担当： _____ 年 月 日

フリガナ お名前	(_____)		生年月日	年 月 日 歳
			アートメイク歴	年前/ 眉 ・ アイライン ・ リップ
住所	(〒 _____)			
TEL			アドレス	
携帯電話	クリニックからの連絡は、どちらをご希望されますか？			
血液型	型	職業	自宅電話 ・ 携帯電話 ・ どちらも希望しない	

—施術の前—

カウンセリングをさせていただき体調等の確認をさせていただきます。
 薬剤アレルギーや金属アレルギーをお持ちの方はお伝えください。必要時パッチテストを行います。(別途3,000円税別)
 48時間後に判定、施術となるためパッチテスト当日は、施術出来ません。
 体調・体質に合わないと判断された場合、施術が行えない場合がございますのでご了承下さい。
 ※治療経過、確認のため施術前後の写真撮影を致します。

料金案内	円
------	---

—施術の流れ—

まず、麻酔クリームを施術部位に塗り、時間をかけて麻酔を行います。その次に、デザインの下書きを行います。
 施術は、皮膚のごく浅い層に専用針で傷をつけ色素を入れていきます。皮膚に傷をつけるので多少の出血と痛みを生じます。
 麻酔クリーム・色素等でアレルギー反応が出現した場合は、施術を中断させアレルギーの治療をさせていただきます。
 アイラインをご希望の方は事前にコンタクトレンズ・睫毛エクステの使用はお控えください。
 スカルプスキンニードルをご希望の方は洗髪から実施いたします。又、施術範囲によっては髪をカットしてから実施いたします。

—施術後—

洗顔は2～3日施術箇所のみクレンジング剤は使用せず、こすらないようにしてください。
 当日は、シャワー浴のみにしてください。又、過度な運動・アルコールは出血や腫れの原因となりますので控えてください。
 腫れや痛みがある場合は施術部位を冷やして下さい。症状が続く場合は感染を起こしている可能性があります。当院へご連絡下さい。
 感染予防のために3日、洗顔後に軟膏を塗ります。プール・温泉・サウナは施術後1週間お控え下さい。
 施術直後は色が濃く発色しますが、1週間程度で半分になり、時間の経過とともに定着していきます。濃い発色が気になる場合は軟膏の上からパウダーを当てて下さい。剥がれた皮膚が気になる場合も絶対に掻きむしったりせず自然に剥がれるのを待ってください。
 無理にはがすと定着しかけている色素が皮膚とともに剥がれてしまう場合があります。(軟膏250円、眼軟膏500円)
 スカルプスキンニードルを受けられた方は、当日の洗髪はおやめ下さい。
 翌日以降、施術部位に紫外線が当たらないように気をつけて下さい。施術当日は、帽子を持参することをお勧めいたします。

—MRI検査について—

MRI検査とは磁力を使い身体の内部を撮影します。アートメイクを行ったあとにMRI撮影を行う場合、染料に含まれる微量な金属質が反応し、熱感や熱傷を起こす可能性があります。ごく稀ですが、近日常に検査を受けるご予約の方はカウンセリングの際にお伝え下さい。
 また、今後検査を受ける際は、主治医の先生・放射線技師にお伝えください。

—治療回数—

初回であればカラー定着に3回程度の施術が必要となります。当店修正料金は2年以内の方が適用となります。
 それ以降は初回料金となりますのでご注意ください。
 ※通常のリタッチ(修正)は、皮膚の負担がかかるため1ヶ月以上あけての来院をおすすめします
 スカルプスキンニードルの施術料金は、1回料金となります。
 最終施術から2年経過すると初回料金となります。

メディカルチェック 下記にあてはまることがありましたらチェックしてください。

- 狭心症 血液疾患(白血病・肝炎、エイズ等) 心筋梗塞 糖尿病
 脳梗塞 高血圧・低血圧 アトピー ケロイド体質
 喘息 食べ物・薬などのアレルギー [詳細: _____]
 妊娠している もしくは可能性がある その他 [_____]
 パッチテストをご希望ですか？ (はい ・ いいえ)

1. このたび貴院でアートメイク・パラメディカル・スカルプスキンニードルを受ける上で、貴院のカウンセリングを受け、施術上の諸事項について十分に納得し、実施を承諾しましたので、署名致します。
 1. この書面上の私の署名は私の自由意志によって行うものであり、誰からも強制されたものではありません。

医療法人LEADING GIRLS
 女性医療クリニックLUNAネクストステージ内
 LUNAメディカルビューティーセンター
 年 月 日

説明 _____

氏 名 _____ (署名)

私は、以下の説明を受け同意した上で、私自身の意志で施術を依頼いたします。

- にチェックを入れてください。
- 施術を行う上で、以下の可能性があること。
 - ・色むらが生じる。
 - ・色が濃すぎる、薄すぎる、希望の色と相違する
 - ・デザイン時と施術後で形や色が相違する
 - 施術後、何らかの身体的合併症が生じる可能性があること
(腫れ、痛み、痒み、出血、内出血、色素の滲み、感染、傷痕、ヘルペス、充血など)
 - 施術器具、色素、あるいは施術する際に使用する医薬品等によって、肌トラブルを引き起こしたり、アレルギー症状を示す場合があること
 - 一度入れたアートメイクは、消える場合もあるが基本的には消えないという事
除去にはアートメイク施術を行うより高額な料金がかかる場合がある
 - 施術後は、自分自身の手入れの良し悪しによって、仕上がりが大きく変わってくるため十分な手入れをし
 - 使用している色素に極微量の金属が含まれているため、
MRI検査時に火傷のリスクや検査を断られる可能性があること
(医師による論文があるため資料提供が可能)
 - 色の定着具合には個人差があるため、いかなる理由においても契約内容以外の追加施術、
回数が必要な場合、追加料金が発生する事
 - 前日までにご予約変更、キャンセルのご連絡を頂けなかった場合は
キャンセル料が発生する場合があります

担当医師： _____

担当看護師： _____

同意書

私は、上記の説明に基づき、女性医療クリニックLUNAネクストステージにてアートメイクを入れたことに関して起こりうる全ての合併症において、十分理解し納得の上、施術を受ける事を希望します。
なお、この同意書は施術を受ける前であればいつでも取り消す事が出来ます。

年 月 日

氏名 _____