

メディカルアートメイク説明書・同意書

説明内容

1. アートメイクについて

メディカルアートメイクは、専用のニードル（針）を使用し皮膚の浅い層に色素を注入する医療行為です。普段のメイクのように汗や洗顔などで落ちること無くキープすることができます。色の定着や持続期間はライフスタイルや代謝、肌質などの個人差により異なります。通常2回の施術により仕上げ1~3年で少しずつ退色していきます。定着後は1~2年を目安にリタッチすることで綺麗な状態を保てます。一度アートメイクを受けるとすぐに落とすことはできません。

2. 施術の流れ

問診→診察→施術前写真→カウンセリング、デザイン→麻酔→施術→施術後写真→アフターケア→終了

3. 施術間隔

2回目の施術はターンオーバーと傷口の修復の関係上、4週~8週の間を受けることをおすすめしています。

4. 治療後の症状及び副作用について

施術後の症状として発赤、疼痛、熱感、腫れが出現する可能性があります。これらの症状は、一時的なものですが、重度の場合は当院にて対応させていただきますので、必ずご相談下さい。また起こりうる副作用として、麻酔や色素、その他使用する備品によるアレルギー・出血・内出血・かさぶた・色素のムラ・色素の変色・にじみ・ケロイド・皮膚障害・血管閉塞・感覚機能の低下・感染などがあります。アイライン施術での表面麻酔や施術による眼内及び眼周囲のトラブルについては、当院は一切責任を負えませんのでご了承ください。眼周囲のトラブル（紅斑・発疹・水疱・浮腫・疼痛・角膜損傷・視力低下・ドライアイ等）が発生した場合は、速やかに眼科を受診してください。

5. 禁忌または適応注意事項

- ・妊娠中または妊娠の可能性のある方・授乳中の方
- ・感染症のある方
- ・血液をサラサラにするお薬を服用されている方
- ・持病や上記副作用に該当するアレルギーがある方
- ・局所麻酔でアレルギー・アナフィラキシー反応を起こしたことがある方
- ・ケロイド体質の方
- 【主治医に許可を得た場合のみ可】※主治医による確認書または意見書をご持参ください
- ・長期間ステロイドを服用されている方
- ・糖尿病の方（コントロール不良、インスリン投与されている方は必須）
- ・全身疾患で特別な治療を受けられている方

6. MRI 検査について

当院で使用している色素に含まれる金属含有量は非常に少なく、検査が与える影響はほぼないと言われています。念のため、検査を受けられる場合はアートメイクの施術をしていることを申告して下さい。

7. その他

- ・施術前のデザインと仕上がりのイメージに相違が出ることがあります。また100%の仕上がりを約束するものではないことを予めご了承ください。
- ・骨格等の個人性質を無視したご要望や、過度なご要望には添えない場合があります。
- ・他院にて施術されたアートメイクの修正は、場合によりお断りさせていただく場合があります。

【眉】

- ・毛並みで施術した場合、経時にはグラデーションで施したように変化して見えることがあります。
- ・レーザー等の色素に反応する治療を受ける際は施術場所に照射しないよう注意が必要です。
- ・眉ブリーチをされる方は施術の2週間前までにお済ませください。ティントの使用はお避けください。
- ・目元の手術、ボトックス等を予定または検討中の方は事前にお知らせください。
- ・表情筋が強すぎる場合はボトックスを勧めさせていただく場合もあります。
- ・ビタミンA製剤をご使用の場合は、施術前1週間は施術部位への塗布をお避けください。

【アイライン】

- ・目尻を伸ばしたテール付きデザインは、肌質・皮膚の弾力・目の形などにより左右差が生じる場合があります。
- ・インライン（目の生え際の内側粘膜の部分）への染色は基本的にお断りしています。
- ・毛細血管位置を肉眼で確認することはできないため、特に目頭・目尻において、色素が血管内に流入し、滲んだように見えることがあります。
- ・コンタクトは外して施術します。
- ・まつ毛エクステやまつ毛パーマをする場合は、施術後2週間は空けるようにしてください。
- ・まつ毛エクステは外していただき、まつ毛パーマは2週間前までに済ましておいてください。
- ・まつ毛の育毛剤・美容液の使用は、施術後2週間は空けるようにしてください。

同意書

二色クリニック院長 殿

- 各説明書に記載された治療の効果・発現する可能性のあるリスクについて理解した上で、承諾いたします。
- 治療に先立ち、治療に係る事柄について申告し、治療後トラブルが生じた際は速やかにしかるべき治療院を受診することを承諾いたします。治療で発生する費用は貴院に請求しないことを承諾いたします。
- 施術後のご自身の処置（軟膏塗布）の重要性について理解し承諾いたします。
- 効果の出方や、必要な施術回数、持続期間については個人の皮膚の性質・皮膚の状態・加齢の状態により差異が生じることを理解し承諾いたします。
- 骨格や筋肉の使い方により表情も常に変化するため、左右を均等に揃えるには限界があることを理解し承諾いたします。
- 十分な効果を期待する場合、複数回の施術を必要とすることが予測され、その都度料金が発生することを承諾いたします。
- 当日キャンセルは、1回分の施術料金を支払うことを承諾いたします。
- 院内保存用として顔写真の撮影をすることを承諾いたします。

施術にあたっての確認事項

- 重度のアトピー体質ではありません。また、重度の皮膚疾患はありません。
- 現在、糖尿病の治療中ではありません。
- 出血性疾患（紫斑病・壊血病・血友病）はありません。
- ケロイド体質ではありません。
- 現在、妊娠中ではありません。また、妊娠の可能性はありません。
- 局所麻酔でアレルギー反応を起こしたことはありません。
- 現在、以下の病気ではありません。また、治療中ではありません。
B型肝炎・C型肝炎・梅毒・悪性腫瘍・血液疾患・心臓病・脳卒中・てんかん
- お顔の手術・注入（ヒアルロン酸やボトックス）の予定はありません。
- 施術による副作用、禁忌または適応注意事項について確認しました。
[アレルギー：無・有 _____]
[その他当てはまる項目：無・有 _____]

上記全てを確認、納得し、メディカルアートメイクの施術を受けることを承諾いたします。
尚、この書面上の私の署名は、私の自由意思により行うものであり強制されたものではありません。

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
住所 _____
電話番号 _____
患者本人（自署） _____



施術に関するお問い合わせはクリニック (072-430-5525) まで

モニター同意書

モニターについて

- ・写真や動画などのデータを利用させていただくかわりに、正規の料金より安く施術を受けることができます。
- ・施術前の写真・施術後・施術1ヶ月後に写真を撮らせていただきます。場合によってはそれ以上の写真撮影をお願いすることもあります。
- ・撮影させていただいた写真や動画をHP・SNS・院内掲示・患者様への説明に使用させていただきます。（個人情報の保護には十分配慮いたします）
- ・決済はデジスマ払いのみとなります。

上記の内容に納得理解した上で、モニター料金で施術を受けることに同意します。

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____