

医療レーザー脱毛 施術説明書

患者様氏名		施術日	年 月 日
カルテ番号		担当医師	
施術部位			

説明書はオンラインでも確認できます。お家で見返したい時はダウンロードしてください



第1条 治療の目的と方法

医療レーザー脱毛は、毛のメラニン色素に選択的に吸収されるレーザー光を照射し、毛包・バルジ領域の毛包幹細胞を熱破壊することで永久脱毛効果を得る医療行為です。当院では患者様の肌質・毛質・部位に応じて最適な機器を選択します。

第2条 治療効果および必要回数

医療レーザー脱毛の効果には個人差があります。以下についてご理解ください。

- レーザーは「成長期」の毛にのみ有効です。毛は成長期・退行期・休止期を繰り返すため、1回の施術ですべての毛を処理することは不可能です。そのため複数回の施術が必要です。
- 平均的な施術回数は部位・毛質により異なりますが、5～8回が目安です。男性のヒゲは10回以上を要する場合があります。
- 白髪・金髪・極細産毛にはレーザーが反応しないため、脱毛効果を得ることができません。
- 硬毛化（逆説的増毛）：非常にまれですが、レーザー刺激によって毛が太く・長く・濃くなる現象が生じることがあります（特にうなじ・背中・二の腕等）。その場合は使用機器を変更して対応します。
- 効果が完全に出るまでに時間がかかります。施術後1～2週で毛が抜け始めます（機器により7～14日後から）。

第3条 施術後の一般的な経過

時期	経過
当日～3日	照射部位に紅斑・熱感・毛包浮腫（毛穴が白くなる状態）が生じます。これは正常な照射反応です。強い日光アレルギーに似た症状が出る場合があります。

1～2週後	照射された毛が皮膚表面から押し出されるように抜け始めます（ポップアップ現象）。機器によって開始時期が異なります（ジェントルレーザー：2～3日後、クラリティ：1週後、ヴェロシティ：10～14日後）。
2週～1ヶ月後	毛が自然脱落します。この時期に無理に毛を抜かないでください。施術部位の毛が少なくなってきます。
次回施術（施術間隔）	部位によって異なります。顔：4～6週、ボディ：6～8週、ヒゲ：4～6週が目安です。成長期毛の周期に合わせた間隔が重要です。

第4条 起こりうる副作用・リスク

副作用	内容・発生機序	対処・転帰
紅斑・熱感（ほぼ必発）	正常な照射反応。数時間～翌日で消退します。	冷却パックで対処します。
毛囊炎（ニキビ状の炎症）	照射後に毛穴が炎症を起こすことがあります。ヒゲ脱毛後に多いです（泥棒ヒゲ現象含む）。	抗炎症薬・抗菌薬を処方します。
色素沈着（PIH）	日焼け肌・色黒肌への照射後に生じやすいです。	ハイドロキノン外用・遮光。3～6ヶ月で改善することが多いです。
熱傷・水疱	過剰エネルギー・日焼け肌への照射で生じます。	冷却・軟膏処置。次回出力を低下させます。
硬毛化・増毛化（まれ）	レーザー刺激で毛が逆に太くなる現象（産毛部位に多い）。	機器変更・波長変更で対応します。
打ちムラ・照射漏れ	毛の分布差・機器の特性によります。回数を重ねると均一になります。	次回施術で均一化します。
色素脱失（まれ）	強い照射による表皮メラノサイトの損傷。	数ヶ月で自然回復することが多いです。

第5条 施術後の注意事項

（1）紫外線対策【最重要】

レーザー照射後の皮膚はメラニンが減少し、紫外線に対して脆弱です。日焼けによる色素沈着・熱傷リスクを防ぐため、以下を守ってください。

- ・ 外出時はSPF30/PA+++以上の日焼け止めを塗布してください（施術部位）。
- ・ 海水浴・プール・スキー場等の強紫外線環境は施術後2週間以上お控えください。
- ・ 次回施術前に日焼けした場合は、施術を延期することがあります。

（2）その他の注意事項

項目	指導内容
当日	激しい運動・長時間入浴・サウナはお控えください（シャワーは可）。

自己処理	電気シェーバーのみ許可。毛抜き・ワックスは絶対禁止（毛根を除去すると次の施術効果が低下します）。
剃毛	次回施術の前日または当日に剃毛してください。長い毛の状態での照射は熱傷のリスクがあります。
ヒゲ脱毛	ヒゲは毛が密集しているため、施術後に毛囊炎が出やすいです。異常があればご来院ください。また、最初は打ちムラのように見えますが、回数を重ねることで均一になります。
施術間隔	間隔を空けすぎると効果が落ちます。顔：4～6週、ボディ：6～8週の間隔をお守りください。
受診基準	強い疼痛・水疱・高度な色素変化・感染症状が生じた場合は速やかにご来院ください。

第6条 施術禁忌事項のご確認

以下に該当される方は施術をお受けいただけません。

【絶対禁忌】

- ☐ 妊娠中または授乳中
- ☐ 照射部位に感染症・急性炎症・ヘルペス活動期がある
- ☐ 光線過敏症（内服薬・外用薬を含む）
- ☐ 光感受性を増強する薬剤を服用中
（テトラサイクリン系抗生物質、ビタミンA誘導体等）
- ☐ 日焼け直後（最低2週間は空ける）
- ☐ 皮膚悪性腫瘍の既往または疑いがある
- ☐ てんかんの既往歴（フラッシュ光への反応）

【要確認事項】

- ☐ スキンタイプIV以上（色黒肌）
→ 出力を下げ、YAGレーザーまたは蓄熱式を使用します
- ☐ ケロイド体質
- ☐ 過去6週間以内にイソトレチノイン（アキュテイン）を服用
- ☐ ペースメーカー・金属インプラントが照射部位内にある
- ☐ 糖尿病・免疫抑制状態
→ 傷の治癒が遅れる場合があります
- ☐ アトピー性皮膚炎・乾癬等の皮膚疾患（照射部位）

- ☐ 白髪・金髪の多い部位の脱毛を希望
→ 効果が得られない可能性をご理解ください

第7条 同意確認

以下の各項目をご確認いただき、すべてにご同意の上、署名をお願いいたします。

- ☐ 担当医師より、治療の目的・方法・使用機器について説明を受け、理解しました。
- ☐ 毛周期の関係上、複数回（5～8回以上）の施術が必要であることを理解しました。
- ☐ 白髪・金髪・極細産毛にはレーザーが反応せず、脱毛効果が得られないことを理解しました。
- ☐ 硬毛化・増毛化のリスクについて説明を受け、理解しました。
- ☐ 施術後の副作用（毛嚢炎・色素沈着・熱傷等）のリスクについて説明を受け、理解しました。
- ☐ 施術後の注意事項（紫外線対策・毛抜き禁止等）について説明を受け、遵守することに同意しました。
- ☐ 禁忌事項の確認を行い、該当事項があれば正確にお申告しました。
- ☐ 施術の効果・回数には個人差があることを了承しました。
- ☐ 本治療を自らの意思により受けることに同意します。

署 名

上記の説明内容を十分に理解し、本治療を受けることに同意します。

患者様ご本人署名（自筆）

署名： _____ 署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 患者様が未成年（18歳未満）の場合は、保護者の方の署名が必要です。

保護者署名（未成年の場合のみ）

署名： _____ 続柄： _____

【担当者記入欄】（院内使用）

説明担当者署名		説明日時	
施術担当医師署名		資格	医師