

術後の経過・注意点

- ・術後、発赤・腫脹・内出血・痒み・熱感・軽いこわばり感が見られることがあります。
この症状は、個人差がありますが、通常は2週間～2ヶ月かけて徐々に改善されていきます。
- ・複数回の治療を継続することでより効果を高めることができます。
- ・効果持続期間は約6ヶ月～1年程度とされています。
- ・2回目の治療は2ヶ月後より可能です。
- ・当日は激しい運動は避け、飲酒はお控え下さい。
- ・治療当日のみシャワーは可能ですが、入浴・サウナなど体を温めることはお控え下さい。
- ・肌の細胞の老化を防ぐような施術の併用により効果を長く維持できます。

洗顔・メイク

- ・治療直後よりお化粧品はして頂けます。
- ・エステ・パック・マッサージ等は当日のみお控え下さい。

※万が一、施術準備から終了までの間に、患者様の血液が付着した針が、職員に刺さるなどの事故が生じた場合、採血による感染症検査をさせていただきますのでご協力をお願いいたします。

なお、ACRでは施術に血液を使いますので、検査用のサンプルを使用いたします。

※治療に関して異常または不明な点が生じた場合は、必ず当院へご連絡後速やかに来院して下さい。

前述の処置の本能と目的及びその実施に関わる危険性を十分説明しました。

私は全ての質問に私の能力最善を尽くして答えました。また、これからも答えるつもりです。

説明年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師氏名（自筆署名）： _____

細胞採取者：森川敦子

管理者：森川敦子・実施責任者：森川敦子 問合及び苦情窓口：新宿フェミークリニック 電話03-5320-8588

同意

私は、この技術を使った治療に対する同意を施術前であればいつでも撤回することは自由であることを知っています。私の同意の撤回や施術拒否により、私が治療を引き続き受ける資格を損なうものではないこと、もし、治療期間中に疑問を持った場合には、医師に対し診察時や電話で尋ねることができることを説明を受け理解しました。

守秘義務

私は、私及び私に対する本治療に関する医学的情報は法律で要求される期間、秘密を守って保存されることを理解しました。ただし、私個人を特定できないような情報は、私の許可がなくても、教育や研究に使用してもかまいません。

この書類の理解

私は、以上の処置とそれに伴う利益および不利益について完全な情報の提供を受けたことを確認しました。決定まで十分な時間をかけ、決定は私の意志で行いました。

私は、老化に伴う皮膚の諸症状や皮膚の質感を改善するために、PRPを皮膚に注射することに同意します。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名（自筆署名） _____

保護者・代理人氏名（自筆署名） _____ 電話番号 _____

※本人が未成年または同意能力がない場合のみ署名してください。