

アートメイク同意書・承諾書

—施術の前—

カウンセリングにて体調など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。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ください。

—施術の流れ—

まず、デザインを決めていきます。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。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・まつ毛エクステ・まつ毛パーマの使用はお控えください。

—施術後—

施術後の洗顔は可能ですが、2～3日は施術部位のクレンジング剤は使用せず、擦らないように優しく洗顔してください。当日は、シャワー浴のみにしてください。また、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お控えください。

腫れや痛みがある場合は保冷剤などで冷やしてください。症状が続く場合は感染の可能性がありますので当院へご連絡ください。

感染予防のために5日間、洗顔後に軟膏を塗ります。プール・温泉・サウナは施術後1週間はお控えください。

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ます。濃い色素が気になる場合は軟膏の上からパウダーをのせてください。剥がれた皮膚が気になる場合も掻きむしらず自然に剥がれるのを待ってください。

スカルプスキーンニードルを受けられた方は、当日の洗髪はおやめください。

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ください。

—MRI検査について—

MRIは、磁気を使い身体の内部を撮影します。施術を行った後MRIをする場合、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、近日中に検査を受ける方は施術の際にお伝えください。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になります。当院修正料金は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、皮膚に負担がかかるため、1ヵ月以上空けての来院をお勧めします。

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 下記に当てはまる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 脳梗塞 高血圧
ケロイド体質 アトピー 喘息 妊娠しているもしくは可能性がある
食べ物・薬等のアレルギー（詳細： _____）
抗凝固剤を内服している 血圧の薬を内服している
その他（ _____ ）

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。□にチェックしてください。

- 施術を行う上で、以下の可能性があります。
・色ムラが生じる ・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色や形が相違する
- クリニックを退出されダウンタイム終了後に再施術を希望された場合、再度費用がかかり1ヵ月後の対応となります。
- 施術後、何らかの身体的合併症が生じる可能性があります。
（腫れ、痛み、痒み、出血、内出血、色素のにじみ、感染、傷跡、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などによって、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ります。当院で処置しかねる場合は、他院へ施術情報を提供いたします。
- 一度では色の定着が約束できません。初回の色素定着は30～50%程度となっております。
- 一度入れたアートメイクは、薄くなりますが基本的には消えません。
- デザイン・カラーの変更には、アートメイク施術を行うより回数を必要としそれに伴う料金がかかります。
- 施術後は、ご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、十分なお手入れをお願いします。
- 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ります。
- 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施術は追加料金が発生します。
- 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金が発生します。
無断キャンセル¥11000、当日キャンセル¥5500
- 当院では、施術前後にお写真を撮影し経過として保管いたします。
- 本人と分からないように、施術部位のお写真をホームページ、SNSなどに掲載いたします。

担当医師： _____

担当看護師： _____

同意書

MILKY CLOUD ウェルビーイングセンター殿

私は、上記の説明に基づき、ミルキークラウドウェルビーイングセンター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ことができます。

このたび貴院でアートメイクを受ける上で、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。

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、誰からも強要されたものではありません。

氏名 _____ (署名)