

医療アートメイク 同意書

医療アートメイクとは(平成 13 年 11 月 8 日 厚生労働省医政医発第 105 号に準ずる医療行為)

医療アートメイクとは、皮膚の真皮上層部から中層部に、専用の極細針を用いて人体に安全な色素を刺入/着色する施術のことをいいます。持続性のある「落ちにくいメイク」とも呼ばれ、主に眉・アイライン・口唇に施し、一度皮膚に色素を入れると、個人差はありますが、色素の補充や修正により再現することが可能です。日本では、法改正により医療機関でのみ行うことが認められた医療行為とされています。

経過

施術部位は、3～5 日程度でカサブタになり、1 週間程で少しずつカサブタが剥がれてきます。
施術直後は色調が濃く発色しますが、徐々に馴染んできます。
染色された色素は、時間の経過により変色・退色していきませんが、完全に消えてなくなることはありません。初回の施術の場合、色素の定着を安定/持続させるためには、1～3か月の期間を空け、2～3 回の施術を繰り返すことを推奨しています(皮膚の代謝や色素の定着には個人差があります)

施術によるリスク

【一時的な症状】腫れ・出血・内出血・発赤・熱感・しびれ・痂皮化/痂皮脱落・脱毛等
【アレルギー】薬剤/金属/色素/ゴム/局所麻酔(リドカイン、キシロカイン等)/その他使用する備品によるアレルギー
※アレルギー反応/症状が出現した場合は、施術を中断しアレルギーの治療を優先します。
【合併症】ヘルペス・感染症・肥厚性癬痕・ケロイド・肉芽・肉芽腫・皮膚障害・角膜損傷・血管閉塞・陥没・感覚機能の低下・ドライアイ・化学物質過敏症等
【色素の定着に関する事項】左右差・不均衡・不均等・色ムラ・退色/変色・形状の変化等

禁忌または適応注意

- ◇ 妊娠中・妊娠の可能性のある方・授乳中の方
 - ◇ 持病や上記リスクに該当するアレルギーがある場合はアレルギー体質の方
 - ◇ 脳梗塞や肺梗塞等によりワーファリンやバップアリン 81 等の抗凝固薬・抗血栓薬を服用している方
 - ◇ 局所麻酔(リドカイン、キシロカイン等)でアレルギー・アナフィラキシー反応を起こした方
 - ◇ ケロイド体質の方
 - ◇ てんかんの方はお申し出ください。内服薬持参ください。
 - ◇ 何かしらの感染症をお持ちの方(確認のための血液検査をさせていただく場合があります) 例)C 型肝炎の抗体がプラスでも血液検査で抗原(C 型肝炎ウイルス)がマイナスなら施術可能
 - ◇ 飲酒をされている方
 - ◇ その他、医師により施術ができないと判断された方
- 【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等をご持参ください
- 長期間ステロイドを内服している方
 - 糖尿病を患っている方。特にインシュリンを投与されている方
 - 全身疾患で特別な治療を受けている方(抗がん剤を受ける予定のある方はできれば抗がん剤を始める前で体調が万全の時に施術していただくのが良いです。抗がん剤後で毛量が無い場合は以前のお写真をご持参ください。)

□ 色素について

当院で使用する色素は、アメリカのFAD、CE(ヨーロッパの安全規格)、で認可を受けています。

国内でも、2018年3月に日本臨床研究安全評価機構の倫理審査委員会にて機材・色素ともに研究用試料と承認されています。

□ MRI について

当院で使用する色素は安全性が高く、MRIを受けても問題ないと言われています。

※可能性としては稀ですが、色素に含まれる微量な金属質が反応し、ごく稀に熱感/火傷を起こしたりする可能性があるといわれているため、検査前にアートメイクをしていることを担当医師にお伝えしましょう。

□ その他

- ◇ 骨格や噛み癖、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ります。
- ◇ 施術による仕上がりや必要な回数には個人差があること、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。
- ◇ 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。
- ◇ 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ことがあります。
- ◇ 心療内科・精神科に通院中の方は、医師の判断で施術をお断りさせていただく場合があります。
- ◇ 一度施術を行うと、施術前の状態に完全に戻すことはできません。

□【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箇所には照射しないよう注意が必要です。
- 眉脱色をされる方は施術の1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頂いたく場合もあります。
- ビタミン A 製剤をご使用の場合は、施術の前1週間は施術部位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・目尻については、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。
- 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きていただき、まつ毛パーマは1週間前までに済ませておいてください。
- コンタクトは外して施術します。眼鏡をご持参ください。
- まつ毛の育毛剤、美容液は、予定が決まり次第使用を中止してください。

□【リップ】

- オーバーリップ(ご自身の口唇よりも大きく染色する場合は)は基本にお断りしています。
- 口唇にくすみがある場合、色素を染色することでくすみは表面化し黒く発色する場合があります。
- 体質や体調により、ヘルペスを発症する場合があります。
- 発色を濃くしたい場合は回数を重ねることが必要になります。
- 乾燥がひどい場合は、定着が悪くなります。1週間前からたっぷり保湿をしていただくようお願いいたします。

□ 施術によるリスク □ 禁忌または適応注意の項目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 _____]

□ お顔の手術・注入(ヒアルロン酸やボトックス)の予定なし

□ 医療アートメイク施術を受けるにあたり、カウンセリングにより施術および記載事項について十分な説明を受け、納得し、実施を承諾いたします。

尚、この書面上の私の署名は、私の自由意志によって行うものであり強制されたものではありません。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

氏 名 _____

モニター同意書

□ モニターについて

写真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・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。
- 撮らせていただいた写真を 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)

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。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____