

## プルリアルデンシファイ 同意書

### 【効果】

- ・肌のトーンアップ、透明感向上 小じわ、眼の下のクマ改善
- ・肌の再生力向上 ・毛穴の引き締め・にきび跡、傷痕修復

### 【禁忌及び注意事項】

- ☐ 糖尿病、膠原病、心臓疾患、悪性腫瘍、発熱、感染、ケロイド体質の方
- ☐ 妊娠中、またはその可能性がある方
- ☐ 施術部位になんらかの皮膚感染症が認められる方
- ☐ ヒアルロン酸でアレルギーを起こしたことがある方
- ☐ 極度に皮膚が敏感な方

### 【施術前にご理解いただきたいこと】

- 1 治療後に赤み、腫れ、圧痛が生じることがあります。（直後～24 時間程度）
- 2 注入直後には膨疹が出ることがあります。
- 3 膨疹は24 時間程度で目立たなくなりますが、2～3 日程度は触るとぼこぼこした感じや肌荒れのように感じる場合があります。大きい膨疹が重なり、腫れているように見えることがあります。
- 4 注射痕が残ることがあります。
- 5 稀にアレルギーを引き起こすことがあります。

### 【施術後の注意点】

- 1 サウナや長風呂、激しい運動、飲酒は控えて下さい。
- 2 赤みや熱感が強い場合はご自宅でも照射部位を冷やすようにして下さい。
- 3 施術後1 週間はピーリング、ゴマージュ、AHA などはお避け下さい。
- 4 注入部位は1 週間強いマッサージはしないでください。

### 【料金】

- ・通常価格 66, 000 円

私は、以下の内容につき、十分理解いたしましたので治療を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

名前