

未成年者治療同意書

京都河原町パステルクリニック

院長 殿

わたしは、下記の患者の親権者または法的代理人として、申込者の意思を尊重し、貴院に於いて申込者が以下の治療を受けることに同意致します。

医療脱毛 ・ ピコレーザー ・ Co2レーザー ・ IPL ・ HIFU ・ ダーマペン4

その他（ _____ ）

※該当する治療に○を付けてください。

同意書記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者：住所 _____

電話番号 _____ 氏名 _____ ⑩

親権者または法定代理人：

住所 _____

電話番号 _____ 氏名 _____ ⑩

どんな治療があるの？

下記の治療は「医療行為」にあたるため、
未成年者が治療を受けるには保護者様の同意書が必要です。



ピコレーザー (使用機器 enLIGHTen SR)



こんなお悩みに…

シミ・あざ・ADM(遅発性太田母斑)・ピコフラクショナルなど

CO₂レーザー (使用機器 New LESAC)



こんなお悩みに…

いぼ・ほくろ



IPL (使用機器 LimeLight)



こんなお悩みに…

美白・美肌・そばかす・にきび・体のシミ

HIFU (使用機器 パステルクリニックオリジナルカスタム)



こんなお悩みに…

小顔・部分痩せ・引き締め・しわ・たるみ

ダーマペン4



こんなお悩みに…

ニキビ跡・毛穴の開き・肌質改善

