

## メソナ J (エレクトロポレーション) とは

エレクトロポレーションは特殊な電気パルスにより、肌の細胞膜に隙間（ポレース）を作り、さらに電氣的反発力・電気浸透力・物理的押力により、キズや痛みを伴うことなく安全かつ効率的に高分子の美容成分を真皮層まで導入します。メソポレーション法という2つの工程を組み合わせた方法で、その浸透力は塗布の約300倍、イオン導入法の約70倍とも言われています。痛みを生じるレーザー機や超音波機器と違い、一切痛みはなく、痛みが弱い方や敏感肌の方にも安心して使用できます。また、ダウンタイムがありませんので施術後すぐにメイクも可能です。

## 《期待できる効果》

| コース   |              | 効果                       | 初回      | 2回目以降   |
|-------|--------------|--------------------------|---------|---------|
| メソナ J | ベーシック        | 各種機器施術後のクーリング            | ¥4,500  | ¥4,800  |
| メソナ J | TAC          | くすみ・美白                   | ¥13,500 | ¥15,500 |
| メソナ J | アクネ          | 毛穴・ニキビ                   | ¥19,800 | ¥22,000 |
| メソナ J | メラズマ         | 肝斑・しみ・くすみ・美白・美肌効果        | ¥19,800 | ¥22,000 |
| メソナ J | ロザケア         | 赤ら顔・クマ                   | ¥19,800 | ¥22,000 |
| メソナ J | リンクル         | しわ・たるみ                   | ¥19,800 | ¥22,000 |
| メソナ J | トータルアンチエイジング | シミ・シワ・たるみ・肝斑・くすみ・色素沈着・美肌 | ¥22,000 | ¥25,000 |

## 準備

首元がゆったりした、または胸元を開けることができる服装でお越しください。※首元が詰まった衣類は施術の妨げになります。施術前に洗顔を行い、化粧や余分な皮脂を落とします。コンタクトレンズや装飾品などの金属類はあらかじめ外してください。

## 施術方法

背中に対極パッドを貼り、薬剤を用いてクレンジングと軽いピーリングを行います。その後、導入する溶剤を顔に塗布し、スティックやローラーを使って電流を流し施術します。施術時間は準備を含めて30～45分程度です。

## 副反応

- 施術中に軽いビリビリ感や口の中に金属の味を感じることがあります。
- 導入成分によるアレルギーや電気の刺激、スティックによる摩擦で発疹や施術部位の赤み、かさつきが現れる場合があります。
- 乾燥、熱感、腫れ・むくみ、色素沈着、かゆみ、毛囊炎（ニキビ）、使用薬剤によるアレルギー反応が現れることがあります。

## 禁忌事項

- 妊娠中の方
- 心臓ペースメーカー等埋め込み型医療機器をご使用の方、金属プレート、金の糸を入れている方
- 重度の心臓疾患、糖尿病のある方
- 治療部位に大きな瘢痕組織や感染性の皮膚疾患のある方
- 重度の肌荒れ、施術部分に創傷がある方
- 金属や化粧品でアレルギーがある方
- 重度な敏感肌、乾燥肌、ニキビの方
- 感染性の皮膚疾患、炎症のある皮膚の方
- ケロイド体質の方
- 湿疹やヘルペス発疹の方
- てんかん発作の既往がある方
- 脂漏性皮膚炎の部位の方

\$PATIENT\_ID\$      \$PATIENT\_NAME\$  
(説明メモ)

施術名                      メソナJ                      ベーシック TAC アクネ メラズマ

ロザケア リンクル トータルアンチエイジング

説明日                      年                      月                      日                      説明医師： \_\_\_\_\_

診療に伴い発生する施術前後写真や資料等を「医学教育」や「研究目的」など学会論文発表で使用する事を承諾します  
(個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います)。

診療に伴い発生する施術前後写真や資料等を院内説明写真やウェブサイト等掲載写真として使用する事を承諾します。  
写真は施術部位のみで個人が同定されないよう、ぼかし加工等を行います。一度承諾しても、再度拒否することはできます。

写真はあくまでクリニックと本人の確認用途のみとし、第三者への閲覧は承認しません。

私は、施術の内容および起こりうるリスクを理解したうえで上記施術について同意いたします。

同意日                      年                      月                      日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

<未成年の方> 親権者の同意が必要となります。 ※下記事項は親権者ご本人がご記入ください。

私は、申込者の法的代理人として、貴院での申込者の上記施術および手術に同意いたします。

|      |  |    |  |
|------|--|----|--|
| 親権者名 |  | 続柄 |  |
| 住所   |  |    |  |
| 電話番号 |  |    |  |