

## 【脱毛トリートメント同意書】

安全な脱毛トリートメントを受けて頂くために、下記の事項をお守りください。

### 1 日焼けは避けてください。

日焼けをすると肌の色素が濃くなり、通常よりも過剰に光を吸収します。もともと、肌の色が濃い場合とは異なり、皮膚表面にメラニンが集中し活発になっているので、お肌に負担を与える場合があります。

### 2 お肌を乾燥させないでください。

乾燥したお肌へのトリートメントは熱や刺激に弱く、肌トラブルを起こしやすいので、保湿を心掛けてください。

トリートメント前後1週間は特に保湿頂くことで、お肌への負担を軽減することができます。

トリートメント当日、乾燥がひどい場合はトリートメントが受けられませんので、十分保湿してください。

### 3 妊娠中・授乳中はトリートメントを中断してください。

妊娠・授乳期間中はホルモンバランスが不安定なため、トリートメントに適した状態ではありません。

### 4 体調不良の方はトリートメントできません。

美容ライト脱毛は、健康な方に行う美容行為です。下記の状態の方は、トリートメントを行えません。

- ・ケロイド体質 ・高血圧症 ・ペースメーカーを使用されている ・感染症 ・皮膚疾患 ・急性疾患
- ・各種アレルギー（光線過敏症・光アレルギーなど） ・肝臓・心臓・糖尿病、その他内臓系・循環系疾患
- ・てんかん ・血栓症 ・水泡やかぶれが起きやすい方

### 5 薬剤を使用している方・通院中の方はまず主治医にご相談の上、ご来店ください。

### 6 毛を抜く等の自己処理により、肌を傷めないでください。

自己処理を行う場合は、ハサミや電気シェーバーをご使用ください。

### 7 進行中のニキビ・炎症を起こしている箇所はトリートメントできません。

### 8 感染・炎症防止のため、肌を清潔に保つようにしてください。

### 9 医療施設等で脱毛希望箇所に脱毛処置等を受けたことのある方は必ずお申し出ください。

### 10 18歳以下のお客様におきましては、ホルモンバランスが不安定であるため、以下のことをご理解ください。

- ・1度なくなった場合でも、ホルモンバランスが不安定なため、再度発毛することがあります。
- ・一般の成人したお客様と比べて、毛の減りが悪い(ゆっくり)である場合があります。

脱毛トリートメントを受けるにあたり、上記禁忌事項等を十分理解し、納得了承しましたので実施を承諾します。

年 月 日

お名前

印

ご住所

※未成年のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及びエステティックサービスを受けられる場合、本承諾書にて親権者様のご承諾を頂いております。

カウンセリング時、親権者様のご同席が難しい場合、下記承諾書にご署名、ご捺印の上、被親権者様にお渡し頂き、弊社に必ずご持参するようお願いいたします。（ご持参なき場合、契約締結及びコース提供ができません）。

年 月 日

ご住所:

サロン使用欄

保護者名:

印

店印

# お客様チェックシート

お客様により安全に施術を行う上での大切なチェックシートです。  
現在の健康状態、お肌の状態に関して教えてください。

当てはまる項目にチェックしてください。下記に当てはまる方は施術が出来ない場合があります。

## 【光フェイシャルトリートメント】

- ボトックスなど他、皮膚に注入したことがある。
- ピーリングの施術を受けたことがある。または、フルーツ酸の化粧品を自宅で使用している。
- クリニックやエステサロンでフォトフェイシャルやレーザーなどの治療を受けたことがある。

## 【除毛・減毛】

- 過去の除毛・減毛行為の中でトラブルが起きたことがある。

## 【ボディトリートメント】

- マッサージを受けて気分が悪くなったことがある。

**\* 以下はいずれのトリートメントを受けるお客様もご確認ください \***

- 現在医師の治療を受けている。または、身体の不調を感じている。
- ホルモン剤（ピル）を服用している（高容量）
- 光線過敏症（ポリフェリン症）または、光（日光）アレルギーを持っている。
- ケロイド体質である。
- アレルギー持ちだ（種類： \_\_\_\_\_ )
- 高血圧症、血栓症、高脂血漿、肝臓病、腎臓病、糖尿病、心臓病などの疾患を患っている。  
(病名： \_\_\_\_\_ )
- 高プロラクチン血症を持っている。
- 感染症や急性疾患の方。
- 1週間以内に予防接種を受けた。
- ペースメーカーなど循環機器を使用している。
- 婦人科系疾患を持っている、通院している。
- 妊娠している、またはその可能性がある。
- 授乳中の方。
- 皮膚疾患を持っている。（場所： \_\_\_\_\_ )
- ステロイド系薬を使用している。
- 皮膚に水泡やカブレなどを起こしやすい。
- 6ヶ月以内に何らかの手術を受けた。
- てんかんなど既往症である。
- 過去の除毛・減毛行為の中でトラブルが起きたことがある。
- 日焼けによる皮膚の炎症を起こしたことがある。
- 乾燥による皮膚トラブルを起こしたことがある。
- その他、上記以外の病気もしくは疾患を患っている。  
(病名： \_\_\_\_\_ )

\* 施術に関して不安な点、気になる点があればご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

上記の注意事項および経過をよく理解した上で施術を希望致します。

申告がない症状に関してトラブルが起きたときはその一切の責任を問いません。

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 お名前： \_\_\_\_\_ 様

親権者（法定代理人）同意書

私は、下記契約者（未成年者）が貴社とのエステティックサービス契約を締結するにあたり、民法第5条1項により、法定代理人親権者として同意いたします。

◎親権者（法定代理人）

未成年者続柄（ ）

住所 \_\_\_\_\_

親権者（法定代理人）氏名 \_\_\_\_\_ 印

生 年 月 日 西暦 年 月 日（満 歳）

電 話 番 号 (自宅) \_\_\_\_\_  
(携帯) \_\_\_\_\_

記

◎契約者（未成年者）

契 約 者 氏 名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 西暦 年 月 日（満 歳）

◎親権者（法定代理人）特記事項

私（親権者）は、別紙【脱毛トリートメント同意書】を確認し、脱毛トリートメントの契約の同意をします。

※本書の記入については、全ての項目を親権者（法定代理人）様にご記入ください。

※本書の持参がない場合は、契約をお断りさせていただきます。

※親権者（法定代理人）様に内容確認のお電話をさせていただきます。お電話に出られない場合や同意いただけない場合はご契約いただけません。

■サロン使用欄

受領日	年 月 日	担当者名	
電話確認時間		午前/午後	時 分

