

## トリートメント同意書

当サロンのトリートメントはフラッシュ方式を採用しております。  
下記の禁忌事項のうち、いずれか該当する場合、注意事項をお守りいただけない方へのトリートメントは原則として行なうことができませんので、ご了承下さい。また、本日薬の服用が無くて、年間を通じて薬の服用予定のある方は記入下さい。  
(服用時期： 服用期間： )

| 光エステ禁忌とされている方<br>(該当する箇所がありましたら口に✓をつけてください)   | 光エステ禁忌とされている箇所<br>(確認の上、口に✓をつけて下さい)          |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 体調不良の方               | <input type="checkbox"/> 美容整形部分や金属などが入っている部分 |
| <input type="checkbox"/> ケロイド体質の方             | <input type="checkbox"/> 粘膜                  |
| <input type="checkbox"/> 美容、医療機関での注射前後1週間以内の方 | <input type="checkbox"/> 血管腫                 |
| <input type="checkbox"/> 薬を服用されている方           | <input type="checkbox"/> 肝斑・老人性色素斑・雀斑・ほくろ    |
| <input type="checkbox"/> 感染病、その疑いのある方         | <input type="checkbox"/> 皮膚疾患部分              |
| <input type="checkbox"/> 疾患お持ちの方、疾患歴のある方      | <input type="checkbox"/> うっ血、怪我のある部分         |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中、またはその疑いがある方      | <input type="checkbox"/> 刺青、アートメイク(周囲3cm以内)  |
| <input type="checkbox"/> 授乳中の方                | <input type="checkbox"/> 生理中のVIO、ヒップの照射      |
| <input type="checkbox"/> 光線過敏症、てんかんの方         | <input type="checkbox"/> 極度な乾燥肌              |
| <input type="checkbox"/> 白斑・色素欠乏症の方           | <input type="checkbox"/> 眉毛、髪の毛              |
| <input type="checkbox"/> 緑内障・白内障の方            |  |
| <input type="checkbox"/> 過度の日焼けをされている方        |  |
| <input type="checkbox"/> 2週間以内に日焼けの予定がある方     |  |

★あくまで、健康な方に対して行うトリートメントです。該当部位に関しましては当サロンでは責任を負いかねます。

### トリートメント期間の注意事項

※必ずお手入れの2日～前日に電気シェーバーでシェービングしてからのご来店をお願い致します。

但し、襟足・背中等、お客様自身では不可能な範囲については、シェービングさせていただく事がありますが、その際のトラブルに関してはお客様の自己責任になります。ご了承下さい。

安全にトリートメントを受けていただくため以下のことをお守り下さい。確認の上、口に✓をつけて下さい。

- わきの脱毛施術当日の制汗剤は避けて下さい。
- トリートメント当日の過度の運動やマッサージで汗をかく行為、飲酒はしないで下さい。
- 入浴は避け、ぬるま湯のシャワー程度にして頂き、せっけんやボディータオル等でのこすり洗いは避けて下さい。
- 毛抜きでの処理をしないで下さい。
- 脱毛した個所に絞め付け行為(ナイロンストッキングや補正下着)は着用しません。
- 日焼けを避けて、日焼け止めクリームを必ず塗って下さい。
- 肌の保湿をしっかりと行って下さい。肌が乾燥しやすい冬場は特にご注意下さい。なお、油膜により照射後の熱の放出が妨げられることを防ぐため、オイル・クリーム状の保湿剤は避けて下さい。
- 肌に刺激のあるエステ行為は施術後、最低1週間は避けて下さい。
- 万が一、トリートメント後にかゆみ・ヒリヒリ感を感じたら冷タオル等で鎮静して下さい。アイスノンを直接、肌に乗せることはしないで下さい。

トリートメント期間の注意事項の内容をすべて確認、理解のうえ、トリートメント受けることに同意します。

年 月 日

ご署名