同　意　書

この度は当サロンにご来店いただき誠に有難うございます。
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ご記入ください。

下記質問で該当するものにチェックと必要事項をご記入ください。下記に当てはまる方は施術が出来ない場合があります。

1 □ 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。
2 □ ホルモン剤（ピル）を服用している（高容量）
3 □ 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。
4 □ ケロイド体質である。
5 □ アレルギー持ちだ［種類：　　］
6 □ 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：　　］
7 □ 感染症や急性疾患の方。
8 □ 1週間以内に予防接種を受けた。
9 □ ペースメーカーなど循環機器を使用している。
10 □ 皮膚疾患を持っている。［場所：　　］
11 □ ステロイド系薬を使用している。
12 □ 皮膚に水泡やカブレなどを起こしやすい。
13 □ 6ヶ月以内に何らかの手術を受けた。
14 □ てんかんなど既往症である。
15 □ 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。
16 □ 日焼けによる皮膚の炎症を起こしたことがある。
17 □ 乾燥による皮膚トラブルを起こしたことがある。
18 □ その他、上記以外の病気もしくは疾患を患っている。［病名：　　］
19 □ 美容整形により異物（シリコン・チタン等）が入っている。

※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いたします。
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。

お名前

西暦　　年　　月　　日　　様