

禁忌事項同意書 【光脱毛】

ヘアサロンしのはら

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。

- ☐ 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： ）
- ☐ 内科系疾患で通院中である。
（病名： ）
- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 日光に当たると赤みが出やすい。
- ☐ 乾燥による皮膚トラブルを起こしたことがある。
- ☐ 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ご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。
- ☐ 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