

# fu-la skin

## 光フェイシャル・光バスト 禁忌事項・トリートメント同意書

当サロンの光トリートメント機器は、電磁波を利用した機器になります。下記の禁忌事項のうち、いずれかが該当する場合、施術は原則行うことができないので、ご了承ください。

下記の項目に該当する方は施術ができかねますので ご確認の上該当する方は✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 妊娠中もしくは妊娠が疑われる方 <input type="checkbox"/> 授乳中の方 <input type="checkbox"/> 日光、紫外線アレルギーのある方 <input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用されている方 <input type="checkbox"/> 施術部位に美容整形や金属、シリコン等が入っている方 <input type="checkbox"/> 日焼け直後、日焼けをされる予定のある方	<input type="checkbox"/> 大きな人工関節を使用されている方 <input type="checkbox"/> その他通院中、持病をお持ちの方、ステロイド薬を服用されている方、内服中の方は担当医師にご相談ください。 <input type="checkbox"/> 施術部位に強いお薬(ステロイド、トレチノイン、ハイドロキノン等)を使用されている方 <input type="checkbox"/> 二週間以内に他の美容施術を受けられた方

※あくまで健康な方を対象に行う施術です。該当される方は当サロンでは責任を負いかねます。

以下の点をご了承ください。

- ◆肌の細胞は28日周期で生まれ変わります。肌トラブルがある場合、新陳代謝も低下していますので、効果を実感するまでの期間や回数に個人差がございます。
- ◆光トリートメントにより、肌トラブルの改善や若返りの効果が出て、皮膚の老化を食い止めるものではないので、そこから老化は進行していきます。定期的に受けていただくことで良い状態を保ちやすくなります。
- ◆トリートメントの効果には個人差があり、効果を保証するものではありません。
- ◆光トリートメントにより、ターンオーバーを改善する事で、皮下のシミが押し出され、一時的に濃くなったり浮き出てくる場合がございます。引き続き受けていただくことで徐々に排泄され、薄くなっていきます。
- ◆保湿やUVケアなどのアフターケアを怠ると、シミが濃くなる、乾燥する等、逆効果になる場合がございますので、外出時は必ず日焼け止めを使用し、紫外線対策を行ってください。
- ◆施術前後のお写真を撮らせて頂く場合がございます。
- ◆肝斑、入れ墨、施術が難しいほくろへの照射はできませんので必ず事前にお申し出ください。
- ◆トリートメント部位の自己処理は、電気シェーバーで行ってください。カミソリ、クリーム等はお控えください。
- ◆ご予約日の前日から当日までに、施術部位を事前に必ず電気シェーバーで毛をシェービングしてきてください。
- ◆施術当日の入浴や飲酒などの血行が良くなる行為や、施術部位へのマッサージ等の肌をこする行為はお控えください。
- ◆赤みやかゆみが出た際は保冷剤等で冷やしていただき、たっぷり保湿をしてください
- ◆施術中に違和感があった場合は、無理をせず施術者へお申し付けください。

□上記の内容を確認し理解しました。その上でトリートメントを受けることに同意します。

年 月 日 氏名\_\_\_\_\_

光脱毛 禁忌事項・トリートメント同意書

当サロンの脱毛機は、電磁波を利用した機器になります。下記の禁忌事項のうち、いずれかが該当する場合、施術は原則行うことができないので、ご了承ください。

下記の項目に該当する方は施術ができかねますので ご確認の上該当する方は✓をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 妊娠中もしくは妊娠が疑われる方 <input type="checkbox"/> 授乳中の方 <input type="checkbox"/> 日光、紫外線アレルギーのある方 <input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用されている方 <input type="checkbox"/> 施術部位に美容整形や金属、シリコン等が入っている方 <input type="checkbox"/> 日焼け直後、日焼けをされる予定のある方	<input type="checkbox"/> 大きな人工関節を使用されている方 <input type="checkbox"/> その他通院中、持病をお持ちの方、ステロイド薬を服用されている方、内服中の方は担当医師にご相談ください。 <input type="checkbox"/> 施術部位に強いお薬(ステロイド、トレチノイン、ハイドロキノン等)を使用されている方 <input type="checkbox"/> 二週間以内に他の美容施術を受けられた方

※あくまで健康な方を対象に行う施術です。該当される方は当サロンでは責任を負いかねます。

以下の点をご確認ください。

- ◆成長期の毛に有効的な光脱毛は、回数を重ねることによって効果が出てきますが、毛根が白い場合は脱毛効果が出にくい場合がございます。
- ◆毛周期や毛の深さにより抜け落ちが悪い場合もございます。その際の施術のやり直しや返金は出来かねますのでご了承ください。
- ◆毛周期は、部位や代謝機能によってそれぞれ違いますので、脱毛効果も部位や肌質、個人差により回数が異なります。
- ◆施術前後のお写真を撮らせて頂く場合がございます。
- ◆脱毛期間中は脱毛箇所の日焼けは避けてください。外出時には必ず日焼け止めを使用し、紫外線対策を行ってください。
- ◆肝斑、入れ墨、施術が難しいほくろへの照射はできませんので必ず事前にお申し出ください。
- ◆脱毛3日前から1週間後まで制汗スプレーや制汗クリームの使用はなるべくお控えください。
- ◆脱毛期間の自己処理は、電気シェーバーで行ってください。カミソリ、毛抜き、ワックス、クリーム等はお控えください。
- ◆ご予約日の前日から当日までに、施術部位を事前に必ず電気シェーバーで毛をシェービングしてきてください。
- ◆施術当日の入浴や飲酒などの血行が良くなる行為や、施術部位へのマッサージ等の肌をこする行為はお控えください。
- ◆赤みやかゆみが出た際は保冷剤等で冷やしていただき、たっぷり保湿をしてください。
- ◆施術中に違和感があった場合は、無理をせず施術者へお申し付けください。

□上記の内容を確認し理解しました。その上でトリートメントを受けることに同意します。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

# 未成年同意書

保護者の方へお願い

お客様が未成年でいらっしゃる為、施術を行うにあたり保護者の方の同意書が必要となります。

お手数ですが必要事項をご記入ご捺印の上施術当日にご提出ください。

年 月 日

施術内容 : ご希望の施術内容を○で囲んでください

光脱毛 光フェイシャル その他

お客様名	
生年月日	年齢
住所	
電話番号	

保護者記入欄

お客様が上記施術を受ける事を承諾します

氏名	印
続柄	年齢
住所	
電話番号	