

同意書(1/3)

安全かつ効果的な脱毛を実感頂くために、下記の事項をお守りください。

- ①より効果をご利用いただくために脱毛3日前～前日までにシェービングを行ってください。(敏感肌の方は直前のシェービングはご注意ください。) また、脱毛3日前から制汗剤等のご使用もお控えください。
- ②万一、使用部位に異常が生じ原因が機器の使用に起因する疑いがある場合は直ちにご連絡をいただき、施術日の3日以内に部位をお見せ下さい。
- ③脱毛後は翌日からのシェービングをお願いします。
(赤みなどの違和感がある間は、処理箇所の剃毛は避けてください。)
- ④機器の使用当日または、赤みなどの違和感がある間は処理箇所の剃毛は避けてください。
- ⑤一時的に赤み・乾燥・かゆみ等がおこる場合があります。
(個人差があり数時間～2週間程度)
- ⑥体質・状態によりごく稀に光・熱に異常反応し赤く腫れたり、水疱・炎症・色素沈着などが起こる可能性があります。その場合はご相談ください。
- ⑦1回で全ての毛がなくなることではございません。
- ⑧未成年の方は保護者の同意が必要です。
- ⑨光脱毛によって毛穴が活性化し、以前より太い毛が生える《硬毛化》や毛の本数が増える《増毛化》という反応が起きる可能性があります。
残念ながら硬毛化、増毛化の原因は現在の医療では未だに解明されておられません。万が一、硬毛化や増毛化が疑われる場合は医療機関への受診をお願いします。弊社では一切の責任を負うことが出来ませんことを予めご了承ください。

同意書(2/3)

下記に該当する方は施術をお断りする場合があります。

また、該当する場合は必ず施術前にスタッフにお申しつけ下さい。

- ①体調のすぐれない方
- ②障害と考えられる事由(治療中の病気・外傷・血圧などの疾患、変調等の自覚症状がある場合)がある方
- ③既往症、持病、及び体質(アレルギー・アトピーの症状が出ている箇所、医薬品の服用等)がある方
- ④極度の日焼けの直後の方(赤み・帯熱・皮膚がめくれている方)
- ⑤妊娠中または光過敏症の方 ⑥化学治療などの治療を受けられている方
- ⑦抗生物質を含む薬を処方されている方
- ⑧肝臓病・心臓病、その他の内臓系及び循環系疾患のある方
- ⑨ペースメーカーなどの循環機器を使用している方
- ⑩生理中の方

【施術ができない部位】

粘膜(唇、乳輪、鼻孔、生殖器、肛門等)、傷、色素沈着、肝斑、白斑、老人性色素斑、雀卵斑(ソバカス)、色素細胞母斑(ホクロ、アザ)、静脈瘤、色素欠乏症、血管奇形、美容整形部位、刺青・タトゥー

【施術ができない皮膚疾患】

皮膚がん、悪性黒色腫(メラノーマ)、ヘルペス、イボ、タムシ、白癬とびひ、せつ(膿腫)、その他皮膚疾患

【施術ができない内科疾患】

アトピー性皮膚炎、アレルギー体質(光アレルギー、光線過敏症など)ケロイド体質、その他の体質に関わる疾患

【光線過敏症を起こす薬】

下記は光線過敏症を起こす可能性のある薬剤の一例です。

下記以外の薬剤については医師の判断を仰いでください。

抗てんかん剤、筋弛緩剤、抗ヒスタミン剤、ニューキノロン系抗菌剤

利尿剤、抗がん剤、抗生物質、降圧剤、精神病・神経症薬、湿布(しっふ)薬

ステロイド、ホルモン剤、ハーブ、鎮痛剤、その他

同意書(3/3)

【免責事項】

- ①お客様の下記内容に該当する機器使用に起因されると思われる事故などの事柄につきましては、責任を負いかねますのでご注意ください。
- ・お客様の故意によるもの
 - ・お客様以外の第三者からの行為による起因施術
 - ・地震・噴火・津波等の自然災害に起因する被害
- ②ご契約プラン締結後におけるお客様都合による返金は致しません。
やむを得ない事情(妊娠など)に対しては別途ご相談ください。
- ③お客様が上記内容にお答えいただいた内容に虚偽があり、虚偽が起因したと思われる事柄につきましては責任を負いかねます。

以上の内容を精読ください。

了解いただいた場合のみ下記にご記入をお願いいたします。

西暦 年 月 日

氏名

住所

電話番号
