

# 事前確認兼同意書

私は、お手入れを受けるにあたり、以下の内容を理解・事前確認し、同意の上で施術を受けます。

## 【第1項 施術の内容】

当サロンのフラッシュ脱毛は、毛の再生する働きを弱め、回数を重ね徐々に細かく目立たない毛に変えていく制毛システムを目的としたフラッシュ脱毛です。フラッシュ脱毛後は、安心・安全で満足度の高いトリートメントをご提供いたします。

## 【第2項 免責事項】

1 下記事項については、事前に告知しなければならないものとし、これを懈怠したことに起因する事後トラブルについては一切免責されるものとする。**\*お通いいただく中で下記内容に変更があった際には速やかに申告をお願いいたします。**

- |  |          |
|--|----------|
| 1-1. 1ヵ月以内に予防接種を受けた                          | YES / NO |
| 1-2. てんかん発生の既往症を受けた                          | YES / NO |
| 1-3. 過敏症                                     | YES / NO |
| 1-4. お酒を飲んで来た、もしくは二日酔い                       | YES / NO |
| 1-5. 生理中                                     | YES / NO |
| 1-6. 妊娠中、または可能性がある                           | YES / NO |
| 1-7. 熱がある                                    | YES / NO |
| 1-8. 2日以内に薬を飲んだ                              | YES / NO |
| 1-9. 伝染病と診断された                               | YES / NO |
| 1-10. 紫外線に当たるとかゆみ、発疹がでる                      | YES / NO |
| 1-11. トリートメント部位の肌の色が濃い、炎症がある                 | YES / NO |
| 1-12. トリートメント部位に手術または、整形をしている (タトゥーがある。箇所： ) | YES / NO |
| 1-13. トリートメント部位に日焼けをした                       | YES / NO |
| 1-14. トリートメント部位に薬を塗っている                      | YES / NO |
| 1-15. トリートメント部位に金属が入っている                     | YES / NO |
| 1-16. ケロイド体質                                 | YES / NO |
| 1-17. アトピー性皮膚炎                               | YES / NO |
| 1-18. ヘルペスができる                               | YES / NO |

2 上記の項目に該当される箇所がある場合は、当日のトリートメントは行えません。また、該当されない場合であってもエステティシヤンの判断により中止する場合があります。

3 満足した仕上がりまでには、お客様の毛質、肌質により回数などは変わってきます。

4 ご契約時およびそれ以前に医師による投薬・診療・手術など(妊娠も含む)を受けたお客様には医師の承諾を得てからトリートメントを開始させていただきます。

5 エステティックサービス契約書に際しては未成年者等、必要がある場合にお客様の身分証明書提示をして頂く場合があります。

6 他の会員様やスタッフに迷惑をかける行為・言動は、お店の判断によりお手入れを中止させて頂く場合があります。

7 無制限・無期限のトリートメント毛周期及びお肌の状況に合わせたお手入れをさせていただきます。

8 当店は完全予約制のため、当日15分以上遅刻された場合は、お手入れをお断りさせて頂く場合があります。

## 【第3項 キャンセル料】

当店は完全予約制のため、ご予約日の2日前の23:00迄に連絡がないキャンセルにつきましては、ご契約内容1回分の額をいただくこととなります。

## 【第4項 施術後の対応】

1 トリートメントに起因し体調の異変、異常、肌トラブルが発生した場合は、速やかに提携医療機関にご案内いたします。

2 下記内容については、お客様ご自身の判断により医療機関にて診察を受けるものとします。

- 2-1. 事前確認の不遵守及び虚偽・不正確性が存した場合
- 2-2. 一時的に通常生じえる皮膚トラブルとなり事前に伝えた処置を怠った場合
- 2-3. 提携医療機関において診療を受けなかった場合
- 2-4. お客様の事由により皮膚トラブルが発生した場合

年 月 日

本人署名

印