

# トリートメントにおける事前確認兼同意書

eternal 殿

私は、トリートメント(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、同意の上受けます。

※16歳以上のお客様が対象です。16歳未満のお客様は両ワキ・Vラインともに脱毛6回コースとなります。

※お手入れには一定期間を空ける必要があります。

## 【第1項 トリートメントの内容】

当サロンの光脱毛は、毛の再生する働きを弱め、回数を重ね徐々に細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光脱毛により、安心・安全で満足度の高いトリートメントをご提供致します。

## 【第2項 事前確認】

下記事項について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。

- |                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| 1-1. 1ヶ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. 5時間以内に飲酒をした                  | Yes / No |
| 1-4. 生理中                          | Yes / No |
| 1-5. 妊娠中、または可能性がある                | Yes / No |
| 1-6. 寝不足                          | Yes / No |
| 1-7. 熱がある                         | Yes / No |
| 1-8. 施術前に薬を飲んだ                    | 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. 当日施術箇所に手術または整形をしている         | Yes / No |
| 1-13. 当日施術箇所に日焼けをした               | Yes / No |
| 1-14. 当日施術箇所に薬を塗っている              | 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 |
| 1-19. トリートメント部位を美容整形している (美肌治療含む) | Yes / No |
- 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。
  - 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。
  - 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のトリートメント開始とさせていただきます。
  - エステティックサービス契約書に際しては未成年者等、必要がある場合お客様の身分証明書の提示及び添付していただく場合があります。
  - 他の会員様やスタッフに迷惑をかける行為・言動(パワハラ行為)は、お店の判断により、お手入れを中止させていただく事もございますのでご了承ください。
  - トリートメントは毛周期(2~3ヶ月)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。
  - 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、他のお客様のご迷惑となりますのでお手入れを、お断りさせていただきます。

## 【第4項 キャンセルについて】

当店は完全予約制のため、事前に連絡がないキャンセルにつきましては、無断キャンセルとなり、キャンセル料の発生またはコースの消化となります。

## 【第5項 トリートメント後の対応】

- 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させていただきます。
- 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療を受けるものとする。
  - 事前確認の不遵守及び虚偽・不正確性が存した場合
  - 一時的に通常生じ得る皮膚トラブルとなり事前に伝えた処置を怠った場合
  - 提携医療機関において診療を受けなかった場合
  - 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

住所

親権者署名

印