

## 同意書（フォトリートメント）

当サロンのフォトリートメントはホワイトライトにより、光の性質を利用し温熱効果を与えお肌を美しく保つための美容トリートメント方法です。このトリートメントは体質的、医学的状态を改善・治療するものではありません。このトリートメントの目的は、お肌を美しく保ち美容上の改善を図ることにあります。

- 私は自らの意思により、このトリートメントを選択致しました。  
お肌の状態により数回のトリートメントを必要としその効果には個人差があることを理解しました。  
また、本トリートメントを受ける上でより良い結果を出す為には技術者の指示に従い、  
定期的に来店しトリートメント回数をこなすことを理解しました。
- 下記の禁忌事項について説明を受け該当しないこと、  
及び該当する部分には本トリートメントが行えないことを確認しました。

### 【体】

- 体調のすぐれない方（重度の疲れ・重度の寝不足・二日酔いを含む）
- 病院に通院されている方       内科系疾患をお持ちの方       病中・病後の方
- 伝染病疾患をお持ちの方       てんかん発生の既往症のある方
- その他持病をお持ちの方       継続的に薬の服用をされている方
- トリートメント当日薬の服用をされている方（風邪薬や頭痛薬も含む）
- 妊娠中の方       妊娠の可能性がある方       産後直後の方
- 授乳中の方       アルコールを飲んでこられた方       予防接種をうけて1週間の方
- 極端に色素の濃い肌       日焼けをしている肌       アトピー性皮膚炎
- ケロイド体質の方       ヘルペス       その他皮膚疾患をお持ちの方
- 薬を使用している部位       皮膚に切り傷・炎症・ニキビ・その他術後がある方
- 極端に肌が弱い方       極端に肌が乾燥されている方       閉所恐怖症の方
- 粘膜部位       刺青・タトゥの上
- メラニンの濃い箇所（ホクロ・シミ・あざ）
- バストなど整形手術をされている箇所       光アレルギー（可視光線から近赤外線領域の方）
- 整形手術されている箇所
- コラーゲン・ボトックス・ヒアルロン酸の注射をされている方
- 肝斑や盛り上がった老斑       毛細血管拡張症の見られる肌       金の糸
- まぶたやイボ

以下のような状態が起こりうる可能性について、説明を受け内容について理解しました。

### 【トリートメント後の皮膚状態】

- ひりつき・赤み・ほてり・乾燥、トリートメント後のお肌が通常よりデリケートであることについて説明を受け以下の内容を理解しましたので、ホームケアを徹底致します。

### 【ホームケア】

お肌を清潔に保つ・お肌に刺激を与えない・日焼けを絶対しない  
保湿をしっかり行い、お肌を乾燥させない・トリートメント後何かあれば直ちにサロンに連絡をいれ、その指示に従うことを約束します。

私はトリートメント契約前に説明を受けそれを承認し、十分理解し、上記内容を承認いたします。  
またトリートメントに関する事故を訪ねる機会があり、それは解決されたと認めます。

年 月 日

契約者名 印

契約者住所 〒

契約者が未成年の場合、親権者（法定代理人）の同意が必要となります。

私は上記契約者（未成年者）が貴社のエステティックサービスを継続するにあたり、  
民放第5条2項により、法定代理人親権者として同意いたします。

親権者（法定代理人）氏名 印 （続柄） 生年月日

住所 〒 電話番号（自宅）  
（携帯）