

問診同意書

施術について下記の通りご説明し、個人情報に関する法令を遵守し適切な取り扱いに最大限注意いたします。

施術について

- 1) 5回1クルの施術をすることにより継続した肌質改善が期待できます。
- 2) 個人差はありますが部位によっては際立った改善が見られないことがあります。
- 3) 個人差はありますが部位や症例によっては痛みや熱感を伴う場合があります。
- 4) 現在伴っている肌トラブルによっては施術前に十分な検討を必要とする場合があります。
- 5) 施術の経過により発赤・水泡・痂皮を形成した場合はすぐにご連絡ください。
- 6) 化粧は事前に落とした状態でお越し頂くかパウダールームにて化粧や日焼け止めを必ず落としてください。
- 7) 施術当日の入浴はぬるいシャワーのみで発汗を伴う行為は極力避けてください。
- 8) 日焼け止めを使用し帰宅後はフェイスマスクや、美容液で必ず保湿すること。(肌活性化による保湿対策)

ご記入ください

アレルギー	・いいえ	・はい	・光過敏症	・植物	・金属	・薬	・その他()	
皮膚疾患	・いいえ	・はい						
強い日焼け	・いいえ	・はい						
ペースメーカー	・いいえ	・はい						
体内の金属や糸	・いいえ	・はい						
ポトックス&フィラー	・いいえ	・はい	・(部位	いつ頃)	
他所での施術	・いいえ	・はい	・(部位	いつ頃)	
強いコスメの使用	・いいえ	・はい	・エンピロン	・ゼオスキン				
妊娠中、授乳中	・いいえ	・はい	*ハイドラのみ妊娠中、授乳中可能					
体調に問題あり	・いいえ	・はい	・心臓	・胃腸	・肝臓	・腎臓	・婦人系	・その他()
治療中	・いいえ	・はい	・(病名)	
手術経験	・いいえ	・はい	・(部位	いつ頃)	
常用薬	・いいえ	・はい	・アキュテイン	・イソトレチノイン	・ピル	・ホルモン剤		
			・睡眠薬	・精神安定剤	・抗生物質	・その他()		
体質	・糖尿病	・膠原病	・てんかん	・ケロイド体質				
	・甲状腺疾患	・アトピー	・色黒	・色白				
	・神経過敏症	・うつ病	・不眠症	・高血圧				
	・低血圧	・むくみ	・貧血症	・その他()				
*そのほか、医師に注意を受けている事や体質的に気になることがございましたらご記入ください。								

※以上の内容を理解し納得いたしましたので、施術を受けることに同意いたします。

御中

年 月 日

依頼者住所：

依頼者氏名：

㊟

未成年の方について：

保護者として施術に同意します はい いいえ

保護者住所：

保護者氏名：

㊟