

光脱毛同意書

毛は、成長期—退行期—休止期を繰り返して生えています。これを毛周期（ヘアサイクル）といいます。

光脱毛とは、成長期の毛に有効的に働きかけるように開発された独自の脱毛方法ですが、バルジ領域にアプローチすることができ、毛周期に関係なくご来店が可能です。

- 1, 成長期の毛に有効的な光脱毛は、回数を重ねる事によって効果が出てきますが、休止期の毛乳頭毛根部が白い場合は脱毛効果がでにくい場合がございます。
- 2, 毛周期は、部位や代謝機能によってそれぞれ違いますので、脱毛効果も部位や肌質、個人差により回数が異なります。
- 3, 脱毛期間の自己処理は、お手入れ後次の毛が生えてからは、電気シェーバーであればほぼ問題ありません。カミソリ、毛抜き、ワックス、クリーム等は絶対に使用しないで下さい。
- 4, 施術前後のお写真を撮らせて頂く場合がありますので、ご了承下さい。
- 5, 脱毛期間中は脱毛箇所の日焼けは避けて下さい。外出時には必ず日焼け止めを使用し、紫外線対策を行って下さい。
- 6, 妊娠中、または妊娠の疑いのある方はホルモンバランスが安定していないため施術できません。
- 7, 糖尿病、皮膚病、日焼けをされる予定のある方、刺青、ホクロの上の脱毛は出来ませんので必ず事前にお申し出下さい。
- 8, アレルギー、現在病院に通院されている方、薬を服用されている方、アレルギーをお持ちの方、その他症状によっては、主治医の同意が必要となる場合や、施術をお断りさせていただく場合がございます。
- 9, 脱毛3日前から1週間後まで、制汗スプレーの使用はお控えください。
- 10, お手入れご予約日の3日前から前日までに必ず電気シェーバーで、毛をシェービングしてきて下さい。
※ただし、襟足、背中、腰、ヒップなど、お客様のお申し出により、シェービングをさせていただいた場合のトラブルに関しては、お客様の自己責任になります。ご了承下さい
- 11, ヘアサイクルや毛の深さにより、抜け落ちが悪い場合もございます。その際の施術のやり直しや返金は出来かねますのでご了承下さい。
- 12, 当店の脱毛機は、より安全により効率よく脱毛して頂く為に、日本製の最新機を導入しております。出力を落とし波長を長くする事で痛みやお肌へのダメージを軽減しながら脱毛していく為、クールダウンの必要性がございません。
- 13, 施術当日は飲酒や、熱いお風呂などの血行が良くなる行為は絶対にしないで下さい。
- 14, 施術後、肌が一時的に赤くなる場合がございます。冷却タオルや保冷剤等で冷やしていただくことをご使用ください。
- 15, 体に異物が入っている方は医師の承諾の元施術をさせていただくか、施術をお断りさせていただく場合がございます。
- 16, 整形手術をされている方は医師の承諾の元施術をさせていただくか、施術をお断りさせていただく場合がございます。（豊胸手術等含む）

万が一、お肌に異常が出た場合はすぐにサロンに連絡し、サロンの指示に従って下さい。

※私は上記の内容を理解し、私の意思で施術を受けることを同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____

光フェイシャル・バスト・ハンド お客様同意書

光フェイシャルとは、皮膚の線維芽細胞を刺激し、コラーゲンの生成を促進させ、お肌を若返らせると同時に、様々な肌トラブルにも効果があります。

1. 肌の細胞は 28 日周期で新しい肌に生まれ変わります。肌トラブルがある場合、新陳代謝も低下していますので、効果を実感して頂けるには個人差が生じてきます。
2. 光フェイシャルでは 1 回で施術効果を実感されている方もいますが、肌トラブルによっては回数を重ねる必要がある方もいます。
3. 光フェイシャルによって、肌トラブルの改善や若返りの効果が出ても、皮膚の劣化を食い止めるものではないので、そこから老化は進行していきます。施術後は十分なアフターケアが必要となります。アフターケアはサロンの指示に従ったお手入れをすることで、相乗効果を得ることができます。スタッフと相談してアフターケアをご自宅でも行ってください。
※アフターケア不足によりお肌が乾燥することがありますのでご注意ください。
4. 外出時は、必ず日焼けをしないように紫外線対策をしてください。
※過剰な日焼けをされている場合は、お手入れを延期する場合がございますのでご了承ください。
5. 妊娠中や、妊娠の疑いがある方、糖尿病、皮膚病、日光アレルギー、日焼けをされる予定のある方は施術ができませんので必ず事前にお申し出ください。
6. 現在病院に通院されている方、薬を服用されている方、アレルギーをお持ちの方、その他症状によっては主治医の同意が必要となる場合や、施術をお断りさせていただく場合がございます。
7. 施術当日の入浴は避け、シャワーのみにしてください。
8. お手入れ 2 日前～前日に電気シェーバーで、毛のシェービングを行ってからご来店ください。
※お客様のお申し出により、シェービングをさせて頂いた場合のトラブルに関しては、お客様の自己責任となりますのでご了承ください。
9. 万が一、お肌に異常がでた場合はすぐにサロンに連絡し、サロンの指示に従ってください。
10. 豊胸手術をされている方はマッサージのみ施術できます。(医師の承諾を得られた方のみ)
11. 体に異物が入っている方は、施術をお断りさせていただきます。

※私は上記の内容を理解し、私の意思で施術を受けることを同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ ④

未成年者同意書

令和 年 月 日

保護者の方へのお願い

お客様が未成年でいらっしゃるため、

施術を行うにあたり保護者の方の同意

が必要となります。

お手数ですが必要事項をご記入ご捺印の上、

施術当日までに当サロンまでご提出下さい。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆で

お願い致します。

施術内容

※ご希望の施術内容を○で囲んで下さい。

- 1、光脱毛 2、光フェイシャル 3、その他()

お客様名		
生年月日		年齢
住所	〒	
電話番号		

保護者記入欄

お客様が上記施術を受ける事を承諾します。

氏名	Ⓜ	
続柄		年齢
住所	〒	
電話番号		