

微笑電気脱毛施術同意書

- ① 私は美容電気脱毛について担当者より十分に説明を受け理解したうえで施術を希望します。
- ② 以下に該当該当いたしません。また申告漏れ等があった場合自己責任になることに同意します。

禁忌	心臓病（ペースメーカーの使用）、血友病、血小板減少性紫斑病、ベーチェット病、後天性免疫不全症候群、皮膚がん、悪性黒色腫（メラノーマ）、母斑細胞性母斑（単純黒子、獣皮様母斑）、白斑（尋常性白斑）
治癒または感染性がなくなるまで 施術を行わない	感染性の病気（インフルエンザ、新型コロナウイルス、風疹、はしか（麻疹）等）、風邪症状（発熱、くしゃみ、咳、痰、鼻水、倦怠感、息苦しさ、胸部不快感等）感染性皮膚疾患（疥癬、ヘルペス、とびひ（伝染性膿痂疹）等）
患部・当該部の施術を行わない	やけど、かぶれ、蕁麻疹、皮膚病変のすべて、皮膚のケガ、麻痺がある部分、*刺青（タトゥー）、静脈瘤、濃い色素沈着、シリコン・金属等の異物を注入した真上部分
医師の承諾が必要	糖尿病、てんかん、気管支ぜんそく、心臓病（ペースメーカーの使用無し）、ケロイド、ケロイド体質、自己免疫性疾患（膠原病（リウマチ等）、乾癬、扁平苔癬 等の治療中）その他の疾患等（薬の使用、治療中、過去に治療）美容皮膚科等で2週間以内に施術
感染予防が必要	B型肝炎、C型肝炎、カミソリ負け（尋常性毛癬）、せつ（おでき）、ひょう疽、いぼ（疣贅）、尋常性疣贅、青年性扁平疣贅、手掌足底疣贅、白癬（体部白癬（セニタむし）、頭部白癬（しらくも）、足白癬（みずむし）、爪白癬（爪みずむし）、手白癬（手のみずむし）、股部白癬（いんきんたむし）等）
体質への配慮が必要	かぶれ・アレルギー体質（アルコール、金属、ゴム（ラテックス）、シリコン、化粧品、食品等）
その他	予防接種当日の役務提供は避ける。 予防接種後は副反応症状が発症していないかを必ず確認し、症状がみられる場合は役務提供を避ける

- ③ 刺青箇所の施術は日本美容脱毛協会では禁止事項に該当します。（病変した際目視できないため）それでも希望された場合は自己責任において施術を担当者に依頼することに同意します。また色とび、変形、皮膚疾患が発生した場合の損害についても施術者側では一切の責任を負わない事に同意します。
- ④ 施術はお客様の意思に基づき行います。中止をご希望の場合はその時点で担当者に伝えてください。
- ⑤ 施術部位は赤み、腫れ、色素沈着が生じる場合がございます。期間は1日から3か月程度続く場合もあることを了承の上施術を希望します。
- ⑥ 仕上がりには体質やご年齢などが影響し個人差があることを理解したうえで施術を希望します。
- ⑦ 施術後の払い戻し請求、中断による返金、無料施術の要求などはできません。

年 月 日

本人署名 _____

保護者署名 _____