

同意書

光フェイシャル・光ボディ

当サロンの光フェイシャル・光ボディ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。※体質的、医学的状态を改善・治療をするものではありません。

この施術の目的は、お肌を美しく保ち美容上の改善を図ることにあります。

1. お肌の状態により数回の施術を必要とし、その効果には個人差があることを理解しました。

また施術を行う上で、より良い結果を出すためには技術者の指示に従う事を理解しました。

2. 下記の禁忌事項について説明を受け該当しないこと、および該当する部分には施術が行えないことを確認しました。

- ・当日ボディケア（整体・マッサージ）・美顔膜・運動後の方 ・病院に通院中・持病のある方・定期的な薬の服用中の方 ・薬を使用している部位
- ・当日薬を服用されている方（体調の優れない方） ・皮膚に切り傷・炎症・炎症ニキビのある部位・その他術後がある肌 ・病中・病後の方
- ・伝染病疾患をお持ちの方 ・妊娠中・妊活中・産後直後の方 ・てんかん発生の既往歴のある方 ・予防接種を受けて1週間未満の方 ・閉所恐怖症の方
- ・日焼け直前/日焼け直後 ※すべてのプログラム期間中、原則的に日焼けは禁止 ・粘膜部位 ・刺青・タトゥーの上 ・まぶたの上
- ・極度に色素の濃い肌の方 ・極端に肌が弱い
- ・肌に赤み・ほてり・痛み・乾燥がある方 ・塗り薬を使用している部位 ・皮膚に伝染性皮膚疾患を持っている肌 ・毛細血管拡張症の見られる肌の方
- ・アトピー性皮膚炎・ケロイド体質・ヘルペスの方 ・異物の上（ボルト・金属・歯の矯正・ペースペーカーなど）
- ・光アレルギーの方（可視光線から近赤外線領域）
- ・メラニンの濃い箇所・突起箇所（肝斑・老廃・先天性のソバカス・乳輪・ホクロ・あざ・打ち身・イボ） ・胸に疾患をお持ちの方
- ・整形されている方（金の糸・コラーゲン・ボトックス・ヒアルロン酸注射など）※バストなど整形手術されている箇所（シリコンなど）

※記載の禁忌事項以外でお身体の事で気になる事や症状等ありましたら、お知らせ下さい。

以下のような状態が起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。

【施術後～皮膚状態】 ひきつり赤みほてり乾燥、施術後のお肌が、通常よりデリケートな状態にあることに

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、日焼けを絶対にしない、保湿をしっかりと行い、

お肌を乾燥させない。施術後、何かあればサロンに連絡を入れ、その指示に従うことを約束します。

私は契約前に説明を受け、十分理解し、上記内容を承諾いたします。

また施術に関する質問を尋ねる機会があり、それは解決されたと認めます。

年 月 日

住所 〒

名前

印