



## 光脱毛 カウンセリングシート

お名前			
ご住所			
お電話番号		E-mail	
生年月日	年	月	日
何をみてご来店くださいましたか	<input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> そのほか ( )		
光脱毛は	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 経験あり	過去の施術でトラブルは	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
セルフでの光脱毛を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	WAX脱毛に興味は	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

おまかせ施術の場合、希望箇所に☑をおねがいします。

ビキニライン・・・ VIOセット V I O  
 フェイシャルボディ・ 顔 脇 うなじ 背中上 背中下 胸 お腹 腰  
ヒップ 腕全体 ひじ上 ひじ下  
脚全体 ひざ上 ひざ下 甲・指 (脚 or 手)

光脱毛ご利用に際して、施術を受けられる前に必ずご確認ください。

当光脱毛器は除毛、減毛を目的としており、永久脱毛ではございません。また、一度で効果が保証できるものではありません。

脱毛器を利用の際は、必ず保護メガネとジェルをご利用ください。

同一部位への施術は2週間以上あけてください

施術前に0.5mm以下に剃毛してください。(同一部位のWAX脱毛を同時にされる場合は必要ありません)

脱毛した箇所に、同日、ほかの施術は避けてください。他の施術をされる場合は5日以上あけてください

施術前には日焼け止めを塗らないでください。施術後に日焼け止めを塗布してください。

セルフで打つ場合、出力パワーを低く設定し、様子をみながら徐々に上げていくようにしてください。とくに日焼けなどで肌が黒い場合には、光を吸収しやすくなり、火傷のリスクが上昇します。

セルフでの取り扱いの際、故意ないし過失によりマシンを破損させてしまった場合は、故障による損害を請求させていただきます場合がございます。大切にお取り扱いください。また、破損などで機械に異常を感じた場合は速やかに使用を中止し、スタッフまでお知らせください。

施術後皮膚が赤くなったり、ピリピリしたりする場合があります。その場合、保冷剤などで20～30分程度冷やし、日焼け止めを塗り、しっかりと保湿ケアを施してください。

すべての脱毛行為で起こりうる「埋没毛」になる場合がございます。

施術後は乾燥を避け、毛穴から細菌が入らないよう清潔な状態を保ち、保湿とUVケアをおねがいします。

施術直後にブライダルや旅行を控えている方は、ご自身の判断にて施術をお申し込みください。

治療中の疾患のある方は主治医と必ずご相談していただき、許可を得たうえで申し込みください。

下記に該当する方はご利用いただけません

- ・化粧品にかぶれやすい方 (ジェルを使用します)
- ・妊娠中または現在妊娠している可能性のある方
- ・糖尿病、心臓病、高血圧、てんかん、悪性腫瘍、光アレルギー、ケロイド体質の方
- ・可視光線の感受性を高める医薬品やサプリなどを使用中の方 (抗生物質・睡眠薬・抗うつ剤・ピル・水虫薬など)
- ・心臓ペースメーカーや除細動器をつけている方
- ・施術箇所に皮膚疾患 (皮疹、ヘルペス、皮膚炎、感染性皮膚疾患など) がある方
- ・施術箇所に皮下注射を行っている方 (ボトックスなど整形注射をした方は3か月あけてください)
- ・施術箇所に数日以内に日焼けをしている方 (赤みなどある場合は3週間～1か月あけてください)
- ・施術箇所にリフトアップ整形を施した方
- ・鼻の整形手術や目の近視レーザー手術をした方は、鼻や目の周りは施術できません。
- ・施術当日に入浴 (シャワー可)、プール、激しい運動、飲酒、施術後数日以内に海水浴、日焼け予定のある方

以上の注意を守らずに、怪我やトラブルなどが発生した場合、当サロンでは責任を負いかねますので、あらかじめご了承ください。

【同意書欄】私は、上記各項目について十分理解、確認しました。カウンセリングにおいての未申告や、指示、注意事項に従わずトラブルが発生した場合、貴店に対して返金要求、訴訟等は起こさず、責任は問いません。これらを理解したうえで、私の意志で施術を申し込みます。

署名: \_\_\_\_\_