

媒体名：

年 月 日 (カウンセリング担当： ) 会員 NO. \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 )

〒 \_\_\_\_\_ 自宅 TEL \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 携帯 TEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ご紹介者様名 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_ モバイル登録  OK ・ NO \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

来店可能な曜日、時間帯 \_\_\_\_\_

- 今までに大きな病気をされたことはありますか？----- はい いいえ  
はいと答えられた方 (病名： )
- 現在、治療中または最近治療入院されたことがありますか？----- はい いいえ  
はいと答えられた方 (病名： )
- 常用している薬はありますか？----- はい いいえ  
はいと答えられた方 (種類： )
- 日焼けしやすいですか？----- はい いいえ
- 日光アレルギーはありますか？----- はい いいえ
- 乾燥やカミソリまけはしやすいですか？----- はい いいえ
- アトピー体質ですか？----- はい いいえ  
はいと答えられた方 (箇所： )
- 月経不順ですか？-----  はい いいえ
- 心臓にペースメーカーが入って居ますか？----- はい いいえ
- 現在妊娠していますか？-----  はい いいえ
- 今までの自己処理法に○をお付けください  
シェービング ピンセット 脱毛クリーム 電気脱毛(ホームケア用) その他 ( )
- 今までにエステティックサロンに通われたことはありますか？----- はい いいえ  
はいと答えられた方 (内容： )
- 現在気になる脱毛箇所に○をお付けください  
全身 ワキ ビキニ(V)ライン Iライン Oライン ひじ下 二の腕 太もも ひざ下 手の甲・指 足の甲・指  
顔全体(鼻下・頬・額) 背中 襟足 腰 腹囲(へそ周り) バスト(乳輪回り)

## お客様チェックシート

お客様により安全に施術を行う上での大切なチェックシートです。  
現在の健康状態、お肌の状態に関して教えてください。

当てはまる項目にチェックしてください。

### 【光フェイシャルトリートメント】

- ボトックスなど他、皮膚に注入したことがある。
- ピーリングの施術を受けたことがある。またはフルーツ酸の化粧品を自宅で使用している。
- クリニックやエステサロンでフォトフェイシャルやレーザー治療を受けたことがある。

### 【除毛・減毛】

- 過去の除毛・減毛行為の中でトラブルが起こったことがある。

### 【ボディトリートメント】

- マッサージを受けて気分が悪くなったことがある。

★以下はいずれのトリートメントを受けるお客様のご確認ください★

- 現在医師の治療を受けている。または体の不調を感じている。
- ホルモン剤（ピル）を服用している。（高容量）
- 鋼線過敏症（ポリフェン症）または、光（日光）アレルギーを持っている方
- ケロイド体質である。
- アレルギーを持っている。（種類： \_\_\_\_\_）
- 高血圧症・血栓症・高脂血症・肝臓病・腎臓病・糖尿病、心臓病など疾患をもっている。  
（病名 \_\_\_\_\_）
- 高プロラクチン血症を持っている。
- 感染症や急性疾患の方
- 1週間以内に予防接種を受けた方
- ペースメーカーなど循環機器をしようしている。
- 婦人科系疾患を持っている、通院している。
- 妊娠している、またはその可能性がある。
- 授乳中の方
- 皮膚疾患をもっている。（場所： \_\_\_\_\_）
- ステロイド系の薬を使用している。
- 皮膚にかぶれや水泡を起ししやすい。
- 6か月以内に何らかの手術を受けた。
- てんかんなどの既往症である
- 過去の脱毛・減毛行為中にトラブルが起きたことがある。
- 日焼けによる皮膚の炎症を起こしたことがある。
- 乾燥による皮膚のトラブルを起こしたことがある。
- その他、上記以外の病気または疾患を持っている。  
（病名： \_\_\_\_\_）

★施術に関して不安な点、気になる点があればご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

上記の注意事項および開花をよく理解した上で施術を希望いたします。  
申告がない症状に関してトラブルが起きた場合は、その際の責任は問いません。

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 お名前： \_\_\_\_\_ 様

# 【脱毛トリートメント同意書】

安全な脱毛トリートメントを受けて頂くために下記の事項をおまもりください。

- 1 日焼けはさけてください。  
日焼けをすると肌の色素が濃くなり、通常よりも過剰に光を吸収します。もともと肌の色が濃い場合とは異なり、皮膚表面にメラニン色素が集中し活発になっているので、お肌に負担を与える場合があります。  
トリートメント当日は日焼け止めはお控えください。
- 2 お肌を乾燥させないでください。  
乾燥したお肌へのトリートメントは熱や刺激に弱く、肌トラブルを起こしやすいので、保湿を心がけてください。  
トリートメント前後一週間は特に保湿いただくことで、お肌への負担を軽減することができます。  
トリートメント当日、乾燥が酷い場合はトリートメントが受けられませんので、十分保湿してください。
- 3 妊娠中・授乳中はトリートメントを中断してください。  
妊娠中・授乳中はホルモンバランスが不安定なため、トリートメントに適した状態ではありません。
- 4 体調不良の方はトリートメントできません。  
美容ライト脱毛は、健康な方に行う美容行為です。下記の方は、トリートメントを行えません。  
・ケロイド体質 ・高血圧 ・ペースメーカーを使用されている ・感染症 ・皮膚疾患 ・急性疾患  
・各種アレルギー(光線過敏症・光アレルギーなど) ・肝臓・心臓・糖尿病、その他内臓系疾患・循環器系疾患  
・てんかん ・血栓症 ・静脈瘤 ・水泡やかぶれが起きやすい方 ・タトゥー・刺青のある方
- 5 薬剤を使用している方・通院中の方は主治医にご相談の上ご来店ください。
- 6 毛を抜くなど自己処理により、肌を傷めないでください。  
自己処理を行う場合は電気シェイバーやハサミをご使用ください。
- 7 進行中のニキビ・炎症を起こしている個所は施術できません。
- 8 感染症・延焼防止のため、肌を清潔に保つようにしてください。
- 9 18歳以下のお客様におきましては、ホルモンバランスが不安定であるため、以下のことをご理解ください。  
・一度なくなった場合でも、ホルモンバランスが不安定であるため、再度発毛することがあります。  
・一般の成人したお客様と比べて、毛の減りがゆっくりである場合があります。

脱毛トリートメントを受けるにあたり、上記禁忌事項等を十分理解し、納得承しましたので実施を承諾します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_お名前 \_\_\_\_\_<sup>Ⓔ</sup>

ご住所 \_\_\_\_\_

※未成年のお客様が親権者様のご同席なくカウンセリング及びエステティックサービスを受けられる場合、本承諾書にて親権者様のご承諾をいただいております。

カウンセリング時、親権者様のご同席が難しい場合、下記承諾書にご署名、ご捺印の上、非親権者様にお渡し頂き弊社に必ずご持参するようお願いいたします。(ご持参なき場合、契約締結及びコース提供ができません。)

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

ご住所 \_\_\_\_\_

サロン使用欄

保護者名 \_\_\_\_\_<sup>Ⓔ</sup>

店印

## 親権者（法定代理人）同意書

私は、下記契約者（未成年者）が貴社とのエステティックサービス契約を締結するにあたり、民法第5条1項により、法定代理人親権者として同意します。

◎親権者（法定代理人）

未成年者続柄（ ）

住所 \_\_\_\_\_

親権者（法定代理人）氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 西暦 年 月 日（満 歳）

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_

(携帯) \_\_\_\_\_

記

◎契約者（未成年者）

契約者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日（満 歳）

◎親権者（法定代理人）特記事項

私（親権者）は、別紙【脱毛トリートメント同意書】を確認し、脱毛トリートメントの契約の同意をします。

※本書の記入については、すべての項目を親権者（法定代理人）様をご記入ください。

※本書の持参がない場合は、契約をお断りさせていただきます。

※親権者（法定代理人）様に内容確認のお電話をさせていただきます。お電話に出られない場合や同意いただけない場合はご契約いただけません。

### ■サロン使用欄

受領日	年 月 日	担当者	
電話確認時間		午前／午後	時 分

店印