

脱毛同意書

1. 毛は成長期、退行期、休止期と毛周期を繰り返しており1回の照射で全体の約20~30%程度の成長期にある毛根に効果があります。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部位や個人差によって脱毛回数が異なります。※色素のない毛、白髪、金髪などには反応致しませんのでご了承ください。
2. 毛抜き、脱毛ワックス等は脱毛周期が乱れてしまい、脱毛効果が薄れてしまいますので使用しないようお願い致します。
3. 脱毛箇所は外出時には日焼け止めを塗るなど紫外線対策を行い、日焼けを避けるようお願いいたします。脱毛期間中は髭は化粧水乳液を朝夜使用し体はローションタイプで保湿をしてください。※日焼けや乾燥の状態によっては光照射を延期する場合がありますのでご注意ください。
4. 光照射により、黒子、刺青が薄くなる可能性がありますので事前にお申し出ください。
5. 照射部位に癌、感染症、傷や皮膚腫瘍がある方、金の糸が入っている方、金製剤による治療歴が直近の1年にある方、ペースメーカーや除細動器を入れている方は脱毛施術を受けていただくことができません。
6. 脱毛施術部位に金属やシリコン、インプラントを入れている方・光アレルギーの方・心臓疾患のある方、出血性疾患のある方、糖尿病の方、ケロイド体質の方・単純ヘルペスの活動病変がある方、てんかん発作の方、過度な日焼けをされている方は脱毛施術を受けられない場合があります。
7. 脱毛当日までに施術部位のシェービングをお願い致します。剃り残しがある場合その部位を避けて照射することがあります。サロンでのシェービングを希望される場合は脱毛施術時間を消化しますのでご了承ください。剃り残しに不安がある場合は必ずお使いの電気シェーバーをご持参ください。※VIOのシェービングはしておりません。ご自身でのシェービングをお願い致します。
8. 光照射数日後に赤み、腫れが出たり、毛囊炎、火傷、色素沈着、色素脱失、硬毛化等を起こす場合があります。照射後に皮膚トラブルが生じた場合すみやかにサロンへご連絡の上、皮膚科の受診をお願い致します。
※以前にレーザーや光脱毛を受けられて上記のような症状が出たことがある方は事前にお申し出ください。
9. 既往歴・現病歴、現在内服中のお薬があれば事前にお申し出下さい。

私は上記内容を理解し自身の意思で施術を同意します。

令和 年 月 日 氏名 印

18歳未満の方は親権者の署名もお願い致します。

令和 年 月 日 氏名 印