

エンダモロジートリートメント ライフスタイル・コンサルテーションフォーム

当サロンをご利用いただきありがとうございます。安全かつ効果的な施術のために、既往症や体調等の確認をさせて頂いております。ご協力のほど宜しくお願い致します。

【禁忌事項】 ※該当事項がある方は、トリートメントをお受け致しかねますのでご了承ください

- 癌
- 感染症
- 皮疹（発疹等）
- 抗凝固剤の使用
- 血液疾患
- 炎症

【BODY 禁忌事項】

- 妊娠（脚部トリートメントを除く）
- 血栓

【FACE 禁忌事項】

- ヘルペス
- 感染性及び炎症性挫創
- 白斑

【局所禁忌事項】

- 酒さ
- 静脈瘤とクモ状静脈
- 皮膚病変、褥瘡、潰瘍
- 新しい瘢痕、肥厚性瘢痕またはケロイド瘢痕
- 腹部ヘルニアまたは鼠径ヘルニア
- 急性期の骨関節病変または筋肉病変
- ホルモン治療
- インプラント
- 美容外科手術を行った部位
- 隆起したほくろ
- ピアス
- ボトックス®
- フィラーの注入
- 脂肪腫
- 血管腫
- 静脈手術（直近の2ヶ月間）

同意書

当サロンを利用することによって生じるあらゆる行動、コスト、申立て、損失、経費及び所有物への損害については、当サロンの役員、スタッフその他の関係者（当サロン等といいます。）に対して免責するものとします。ただし、当該損害が当サロン等の故意又は過失に基づくものであることを立証した場合はこの限りではありませんが、その場合でも専らその故意又は重大な過失に基づくものである場合を除き当該トリートメント代を損害賠償額の上限とするものとします。

上記の禁忌事項、施術要注意、その他施術上の注意事項のほか、トリートメントの効果には、身長や体重・年齢・健康状態による個人差があることを理解し、同意します。お客様は、当サロンのサービスを利用するあたり身体上の問題がないことを表明します。

お客様は、未成年者の場合、両親のいずれか、または保護者がこの同意書に未成年者に代わって同意の上、署名する必要があります。

私（利用者）は、この同意書の全ての内容を理解し、従うことに同意します。

署名： _____

日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日