

株式会社ブルシエル 御中

エステティックサービス契約に関する同意書

私は、下記契約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、別紙「美容脱毛のご案内」の内容を全て確認し、契約を締結することに同意いたします。

◎契約者との関係 親権者（法定代理人） 直系尊属(父母・祖父母) 傍系尊属(伯父伯母・叔父叔母)
その他

続柄（ ）

住 所

フリガナ

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 高校生 中学生 小学生 その他()

フリガナ

契 約 者 氏 名

住 所

生 年 月 日

西暦 年 月 日 (満 歳)

◎特記事項

※特記事項があればいずれかにチェックをし、ご記入ください。特に無ければ記入の必要はありません。

私(代理人)は、概要書面(事前説明書)NO._____の美容脱毛コースに限り、契約の同意をします。

私(代理人)は、美容脱毛コース、その他合計_____円までの契約に限り同意をします。

特記事項_____

※本書の記入については、全ての項目を同意される方がご記入ください。

※本書のご持参がない場合は、契約をお断りさせていただきます。

以上

■サロン使用欄

受領日	年 月 日	サロン名	店
担当者名		電話確認時間	午前・午後 時 分
会員番号			

【美容脱毛のご案内】

必ずご確認くださいませよう願いたします。

1. 以下の方へのお手入れはお断りしております。

- ・体調のすぐれない方（疲れ、寝不足、頭痛、発熱、風邪、二日酔い等を含む）
- ・生理中の方（生理前後はお肌が大変敏感になっているため、お手入れを行える状態か否かお手入れ担当者が判断いたします。）
- ・妊娠中、授乳中の方
- ・薬の内服をしている方（処方箋、精神安定剤、血圧、婦人科疾患、ピル等を含む）
- ・当日に予防接種やワクチン接種を受けられた方、副反応が出ている方
- ・通院中の方、定期的に受診をされている方
- ・伝染病疾患をお持ちの方（感染症、B型肝炎、C型肝炎等）
- ・癌に罹患している方、または既往歴がある方
- ・内科系疾患をお持ちの方（糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、甲状腺（橋本病、バセドウ病）等）
- ・精神疾患やてんかんをお持ちの方、または発症歴のある方
- ・ペースメーカーをご使用の方
- ・アルコール中毒や依存症の方
- ・現在、ステロイド剤を必要とする方
- ・皮膚疾患（アトピー性皮膚炎、接触皮膚炎、白斑等）や硬毛症（多毛症）の方
- ・光過敏症、光アレルギーの方、感光性の薬剤を利用中の方
- ・お手入れ後3～4週間の間に、過度に日光を浴びたり、人工的な日焼けをする予定のある方
- ・ヘルペスを発症している方
- ・ケロイドの既往歴がある方
- ・皮膚が弱く、乾燥する方
- ・抗凝固剤使用中の方
- ・他社のボディトリートメント前後のお手入れ
- ・当日に血流をよくする運動や発汗をしている方（入浴、サウナ、スポーツ、エステ、マッサージ、温泉岩盤浴、プールや海での遊泳、飲酒等）
- ・当日にお手入れ箇所へ制汗剤、保湿剤、化粧品、日焼け止め、軟膏、湿布等を使用された方
- ・お手入れ担当者がお手入れの提供は困難と判断した場合

2. 以下の部位へのお手入れはお断りしております。

- ・色素の濃い部位（ホクロ、乳輪、あざ、しみ、色素沈着等）
- ・日焼けをしている部位、1ヶ月以内に日焼けの予定のある部位（人工紫外線を含む）
- ・外用薬を使用している部位
- ・乾燥、炎症のみられる部位
- ・術後の部位
- ・整形手術、美容医療等をされている部位
- ・粘膜部位、目の周り、唇、まぶた、のどぼとけ
- ・皮膚に病変がある部位
- ・刺青、タトゥーがある部位
- ・貴金属、プラスチックやシリコン等の合成樹脂、そのほか物質が入っている部位
- ・お手入れ担当者がお手入れの提供は困難と判断した部位

3. お手入れを受けることによって起こ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。

- ・ライトを当てている時に刺激を感じる（痛み、熱さ）
- ・ひりつき
- ・赤みが出る
- ・乾燥
- ・ほてりを感じる

4. お手入れ前後の注意事項について説明を受け、内容について理解し、アフターケアをします。

- ・当日はアルコール摂取をお控えください
- ・当日は湯船に浸からず、シャワー等をお使いください（お手入れ部位は石鹸をよく泡立てて手で洗ってください）
- ・お手入れ部位を強く擦らないでください
- ・お手入れ部位は少なくとも1ヶ月間は、直射日光を避けてください
- ・お手入れ後にやむを得ず直射日光が当たりそうな場合は、布のようなもので覆うようにし、日焼け止め等は翌日以降に使用して日焼けをしないようにしてください

5. 生じる可能性のあるリスク

まれにお手入れ後、赤み、痒み、痛み等が出る可能性や、その後の経過によりお肌に色味が残る場合があります。お手入れ後、皮膚に何らかの違和感（赤み、痒み、痛み等）を感じた場合は、直ちにサロンへ申し出てください。

また、肌の状態や体質によって、まれにライトを当てた部位の硬毛や増毛がみられる場合があります。この場合、お手入れをお断りしておりますのでご了承ください。

6. 肌に違和感が生じた場合の対応について

当サロンでは、肌状態を確認するため定期的にお手入れ箇所の写真撮影を行っています。

また、万が一、皮膚に何らかの症状が生じた場合、第三者機関である日本美容皮膚研究会の医師に皮膚の現状等を報告し、お肌への適切な対応に関するアドバイスを受けております。この対応には肌状態に関する情報と画像等が必要になりますので、デリケート部位を含む該当箇所の撮影、画像提供および当該第三者機関への情報提供を行いますことをご了承ください。

治療が必要な場合は、症状や診断内容に応じて適切な処置や治療の提案、医院の紹介等を行うことも可能です。

7. 美容脱毛は健康状態が良好な方を対象としています。医師の了承を得た場合や禁忌事項に該当しない疾病でもご契約をお断りすることがあります。そのため、通院や服薬の開始、体調に変化が生じた場合や毎年の予防接種、ワクチン接種後は必ずサロンへ申し出てください。