

フリガナ	生年月日 年 月 日 / 歳
お名前	TEL
〒 -	E-mail
ご住所	ご職業 営業 事務 販売 専門職 主婦 学生 自営 その他
ご来店のきっかけ	<input type="checkbox"/> インターネット(ホームページ・SNS・ブログ) <input type="checkbox"/> ホットペッパー <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ご紹介(様より) <input type="checkbox"/> その他( )

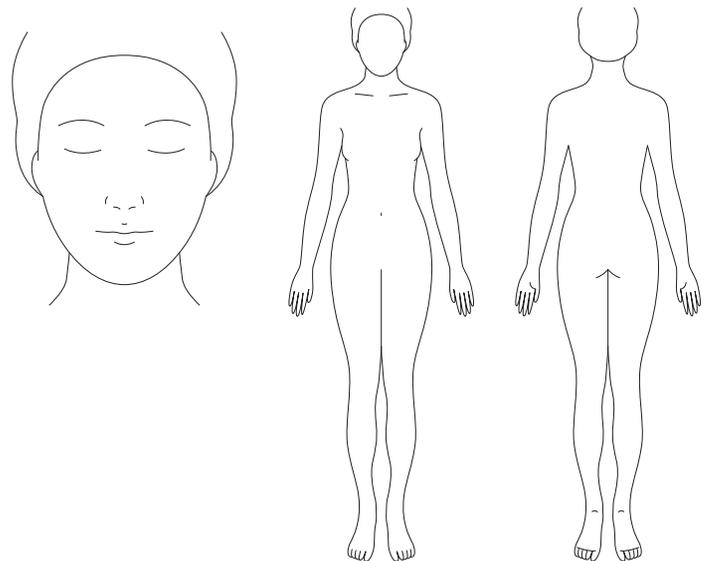
※太枠内は必ずご記入ください。

脱毛について	<input type="checkbox"/> 脱毛サロンに通われていた 箇所( ) / 回数( 回)	<input type="checkbox"/> クリニック・皮膚科に通われていた 箇所( ) / 回数( 回)
	脱毛希望箇所 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 全顔 <input type="checkbox"/> V・I・O <input type="checkbox"/> ワキ <input type="checkbox"/> うで <input type="checkbox"/> あし <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 襟足 <input type="checkbox"/> お腹 <input type="checkbox"/> バスト <input type="checkbox"/> その他	
	今までの自己処理法 <input type="checkbox"/> シェービング <input type="checkbox"/> ピンセット <input type="checkbox"/> 脱毛クリーム <input type="checkbox"/> 脱色クリーム <input type="checkbox"/> ワックス脱毛 <input type="checkbox"/> その他( )	

フェイシャルについて	【気にされていること】 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> しわ <input type="checkbox"/> しみ <input type="checkbox"/> くすみ <input type="checkbox"/> たるみ <input type="checkbox"/> にきび <input type="checkbox"/> にきび跡 <input type="checkbox"/> 毛穴 <input type="checkbox"/> 小顔 <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> フェイシャルエステに通われていた 内容( ) / 回数( 回)	<input type="checkbox"/> クリニック・皮膚科に通われていた 内容( ) / 回数( 回)
	【ご経験のあるもの】 <input type="checkbox"/> フォトフェイシャル <input type="checkbox"/> ケミカルピーリング <input type="checkbox"/> 美容整形 <input type="checkbox"/> プチ整形 <input type="checkbox"/> アートメイク <input type="checkbox"/> ボトックス注射 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸注射	
	【ご自宅でのケア】 <input type="checkbox"/> クレンジングオイル <input type="checkbox"/> クレンジングジェル <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 化粧水 <input type="checkbox"/> 美容液 <input type="checkbox"/> 乳液 <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> パック <input type="checkbox"/> スクラブ <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 美顔器 <input type="checkbox"/> その他( )	

該当する項目に ✓チェックを お付け下さい	<input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー使用及び心疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ホルモン系疾患 <input type="checkbox"/> ヘルペス <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 伝染病疾患(HIV、B・C型肝炎) <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 日光アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性疾患 <input type="checkbox"/> ピル服用 <input type="checkbox"/> ケロイド体質 <input type="checkbox"/> タトゥー <input type="checkbox"/> 注入系美容整形 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 現在妊娠されている <input type="checkbox"/> 治療中(病名 ) <input type="checkbox"/> 内服中( )
-----------------------------	--

【カウンセリング内容・注意事項】 担当：



個人情報の取扱いについて

・当カウンセリングシートにて承った情報は、下記の目的にのみ使用させていただきます。  
 1) お客様への施術の安全を図り、適切な施術をさせていただくため 2) お客様にとって有用なキャンペーン等の情報を提供させていただくため  
 ・お客様の情報は、当店の担当者のみが閲覧できるように、責任をもって厳重に管理いたします。

# ESTHETIQUE KARTE

年 月 日 /		担当	契約内容・金額
施術内容		設定値	
備考			

年 月 日 /		担当	契約内容・金額
施術内容		設定値	
備考			

年 月 日 /		担当	契約内容・金額
施術内容		設定値	
備考			

年 月 日 /		担当	契約内容・金額
施術内容		設定値	
備考			

年 月 日 /		担当	契約内容・金額
施術内容		設定値	
備考			

年 月 日 /		担当	契約内容・金額
施術内容		設定値	
備考			

# ESTHETIQUE KARTE

年 月 日 /	担当	契約内容・金額
施術内容	IPL RF	
備考		

年 月 日 /	担当	契約内容・金額
施術内容	IPL RF	
備考		

年 月 日 /	担当	契約内容・金額
施術内容	IPL RF	
備考		

年 月 日 /	担当	契約内容・金額
施術内容	IPL RF	
備考		

年 月 日 /	担当	契約内容・金額
施術内容	IPL RF	
備考		

## 脱毛・ポイント照射に関する確認事項・注意事項及び同意書

本同意書は、施術の際、また施術後の注意事項、脱毛・ポイント照射の施術にて起こりうるリスクなどについてご説明し、それにご同意いただいた上で施術の申し込みを行うことを前提に作成されております。脱毛・ポイント照射の施術をお受けになる前に、必ず当申込書の内容をよくお読みいただき、内容をご理解頂いた上で本申込書にご署名をして下さい。ご不明な点がございましたら、必ず申し込み前、または施術前にスタッフにお尋ね下さい。

### 確認事項

当サロンのエステティックの施術行為は、治療を目的とした医療行為ではありません。  
当サロンでは、お客様に安心してお手入れを受けていただくことを最優先に考え、以下の項目に関し当日の施術をお断りさせていただく場合がございます。

<体>

- 日光・光アレルギーのある方
- 体調の優れない方（重度の疲れ・重度の寝不足・二日酔いを含む）
- 病中・病後の方  伝染病疾患、持病をお持ちの方  トリートメント当日薬の服用をされている方
- 妊娠中、産後直後、妊娠のご予定がある方
- 予防接種を受けて一週間の方（部位によっては当日・翌日）
- 皮膚疾患をお持ちの方・皮膚に切り傷・炎症・ニキビ・その他術後がある肌・薬を使用している部位
- 粘膜部位・刺青・タトゥの上  バストなど整形手術をされている箇所

<顔>

- 整形手術されている箇所  金の糸を入れられている方  まぶたやいぼ
- コラーゲンやヒアルロン酸、ボトックスの注射をされている方（但し1か月後の照射は可能）

### 注意事項

#### ① 脱毛当日・施術前

- 1) ご来店の際は、脱毛箇所には日焼け止めは極力塗らずにお越し下さい。帽子や日傘、手袋、長袖の黒めのカーディガンなどで紫外線対策をして下さい。
- 2) デリケートゾーンの脱毛をされる前後は、ウォシュレットなどで清潔にして下さい。
- 3) 脱毛箇所は当日・前日にご自身でシェービングをしてお越し下さい。お背中・襟足等、お手入れが困難な部位に関してはこちらで致します。

#### ② 施術について

- 1) 坐骨神経痛、ヘルニア、腰の関節痛などのある方は、照射する際、稀に痛みを感じる場合が電氣的な刺激によるものですので、特に問題はありません。痛みが辛いようであればその箇所の脱毛はお控え下さい。
- 2) PMS中（生理前症候群、生理1週間前～生理3日目までのお肌が過敏な時期）に肌荒れを起こしやすい方はお控え下さい。

#### ③ 施術後、翌日以降

- 1) 脱毛箇所の自己処理は、お肌に強いダメージを与えてしまう恐れがありますので、毛抜き・カミソリの使用はおやめ下さい。毛根の血流や細胞自体が活性化して、強く太くなった毛が再生し、脱毛効果が半減する恐れがあります。
- 2) 肌をこすったり搔かないでください。
- 3) 紫外線を過度に浴びないようにご注意ください。
- 4) お手入れ当日の、入浴（シャワーは可）、サウナ、岩盤浴、マッサージ、過度な運動、飲酒はお控えください
- 5) 保湿をいつも以上にしっかりとこなしてください。
- 3) 万が一、赤みが出た場合は冷タオル、もしくはガーゼでくるんだアイスノンで冷やして下さい。ただし、冷やしすぎると低温火傷を起こす恐れがありますので、ご注意ください。

※ 当サロンでは安全に万全を期しておりますが、万が一施術後に起こったお客様の全ての疾患及び傷病（光照射による皮膚トラブルを含む）に関しまして一切の賠償責任を負えません。自己責任であることを十分に承知し、ご理解の上施術を受けるか否かをご自身で判断して下さい。

### 同意書

私は本日のカウンセリングにおいて、上記の「脱毛・ポイント照射に関する確認事項・注意事項」をすべて読み、

担当スタッフ 　　　　　　　より、

脱毛の施術方法、ご自身によるアフターケア等について十分に説明を受け、理解しました。

よって私の意志により、施術を受けることをここに同意いたします。

また、注意事項を守らず生じるトラブル等をよく理解しており、施術後の異議申し立てや施術料金の払い戻しを請求致しません。

年 月 日 お客様のご署名 \_\_\_\_\_  
※未成年の方は親権者による同意書が別途必要です。

## E ライト光フェイシャルに関する注意事項及び同意書

本同意書は、施術の際、また施術後の注意事項、E ライト光フェイシャルの施術にて起こりうるリスクなどについてご説明し、それにご同意いただいた上で施術の申し込みを行うことを前提に作成されております。E ライト光フェイシャルの施術をお受けになる前に、必ず当申込書の内容をよくお読みいただき、内容をご理解頂いた上で本申込書にご署名して下さい。ご不明な点がございましたら、必ず申し込み前、または施術前にスタッフにお尋ね下さい。

### 確認事項

当サロンのエステティックの施術行為は、治療を目的とした医療行為ではありません。

当サロンでは、お客様に安心してお手入れを受けていただくことを最優先に考え、以下の項目に関し当日の施術をお断りさせていただく場合がございます。

- 日光・光アレルギーのある方
- 体調の優れない方（重度の疲れ・重度の寝不足・二日酔いを含む）
- 病中・病後の方  伝染病疾患、持病をお持ちの方  トリートメント当日薬の服用をされている方
- 妊娠中、産後直後、妊娠のご予定がある方
- 予防接種を受けて一週間の方（部位によっては当日・翌日）
- 皮膚疾患をお持ちの方・皮膚に切り傷・炎症・ニキビ・その他術後がある肌・薬を使用している部位
- 粘膜部位・刺青・外ウ・アートメイクの上
- 整形手術されている箇所  金の糸を入れられている方  まぶたやいぼ
- コラーゲンやヒアルロン酸、ボトックスの注射をされている方（但し1か月後の照射は可能）

### 注意事項

#### ① 施術について

- 1) 照射中はカメラのフラッシュのような光が出ます。アイガードで目を保護しますが照射時は目を開けないようご注意ください
- 2) まぶた・眉毛・のどぼとけ上の照射はできません。

#### ② 施術後、翌日以降

- 1) 施術後からすぐに紫外線対策をしてください。
- 2) 肌をこすったり搔かないでください。
- 3) 紫外線を過度に浴びないようにご注意ください。
- 4) お手入れ当日の、入浴（シャワーは可）、サウナ、岩盤浴、マッサージ、過度な運動、飲酒はお控えください
- 5) 数回照射でシミが濃くなる場合がありますが正常な経過です。
- 6) お手入れ後は肌に熱がこもりやすく乾燥しやすくなっていますのでいつも以上にしっかり保湿をしてください。
- 7) E ライト照射後はとても美容成分を受け入れやすい状態になっています。お手入れ後3日間ほど集中ケアをすることでより肌のコンディションが上がった状態を実感していただけます。
- 8) 1回の施術でも効果をご実感いただけますが、より良い効果を得るために、1か月に1度、8回を目安に継続しておこなうことをお勧めしています。
- 9) 万が一、赤みが出た場合は冷タオル、もしくはガーゼでくるんだアイスノンで冷やして下さい。ただし、冷やしすぎると低温火傷を起こす恐れがありますので、ご注意下さい。

※ 当サロンでは安全に万全を期しておりますが、万が一施術後に起こったお客様の全ての疾患及び傷病（光照射による皮膚トラブルを含む）に関しまして一切の賠償責任を負えません。自己責任であることを十分に承知し、ご理解の上施術を受けるか否かをご自身で判断して下さい。

### 同意書

私は本日のカウンセリングにおいて、上記の「E ライト光フェイシャルに関する確認事項・注意事項」をすべて読み、

担当スタッフ 　　　　　　　　　より、

E ライト光フェイシャルの施術方法、ご自身によるアフターケア等について十分に説明を受け、理解しました。

よって私の意志により、施術を受けることをここに同意いたします。

また、注意事項を守らず生じるトラブル等をよく理解しており、施術後の異議申し立てや施術料金の払い戻しを請求致しません。

年 月 日 お客様のご署名 \_\_\_\_\_

※未成年の方は親権者による同意書が別途必要です。