

フェイシャルトリートメント同意書

フェイシャル、ハイドラダーマブレーション、ダーマプレーニング、酵素トリートメント、LED療法の同意および肌診断

クライアント情報

名 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

肌診断

本日のサービス *

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| ☐ クラシック・カスタムフェイシャル | ☐ ハイドラダーマブレーション | ☐ ダーマプレーニング |
| ☐ 酵素または軽い化学的ピーリング | ☐ エクストラクション | ☐ LED光線療法 |
| ☐ マイクロカレント | | |

肌質 *

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ☐ 普通肌 | ☐ 乾燥肌 | ☐ 脂性肌 |
| ☐ 混合肌 | ☐ 敏感肌 | |

肌の悩み

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ ニキビ・吹き出物 | ☐ 小じわ・エイジング | ☐ シミ・くすみ |
| ☐ 赤み・酒さ | ☐ 乾燥・脱水 | ☐ 質感・毛穴 |

現在使用しているスキンケア製品

健康・肌スクリーニング

過去5〜7日間、レチノール、トレチノイン、またはその他のレチノイドを使用していますか？ *

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ はい | ☐ いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

過去6ヶ月以内にイソトレチノイン(アキュテイン)を服用していますか？ *

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ はい | ☐ いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

今日、唇ヘルペス、開放創、日焼け、または皮膚感染がありますか？ *

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ はい | ☐ いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

過去2週間以内に注射、レーザー、マイクロニードリング、ワックス脱毛、またはケミカルピーリングを受けていますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

妊娠中または授乳中ですか？ *

☐ はい ☐ いいえ

てんかん、ペースメーカー、または顔面の金属インプラントがありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

スキンケア成分、ナッツ、ラテックス、または香料にアレルギーがありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

ある場合は、リストアップしてください

現在の医薬品

リスク・合併症

考えられる反応：

- 赤み、温感、軽い感度数時間続く
- パージング またはブレイクアウト角質除去またはエクストラクション後数日間
- 乾燥またはフレーキング
- ダーマブレーニングからの小さな傷または刺激（稀）
- 製品アレルギー反応
- 日焼け保護なしで処置された肌が太陽に曝露された場合の色素沈着過剰
- 単純ヘルペスの既往歴のある場合の唇ヘルペスの再発

トリートメント後24～48時間、太陽、レチノイド、剥離酸、激しい運動を避け、毎日SPF 30以上を使用してください。

レチノイド使用、イソトレチノイン、最近のトリートメント、アレルギー、医学的状態に関する回答が正確であり、それに基づいてトリートメントが調整または拒否される可能性があることを理解していることを確認します。

肌の履歴と製品を開示しました:

サービスログ

オフィス使用のみ

	日付	サービス・製品	肌の観察	ホームケア推奨事項
エントリー 1				
エントリー 2				
エントリー 3				
エントリー 4				

	日付	サービス・製品	肌の観察	ホームケア推奨事項
エントリー 5				
エントリー 6				

同意・署名

上記で選択したフェイシャルトリートメントに自主的に同意します。エステティシャンは医学的状態を診断または治療しておらず、結果は異なり、トリートメント中の不快感がある場合はすぐに報告する必要があることを理解しています。過失がない限り、このトリートメントに関連するプロバイダーおよび実践からの責任を放棄します。

上記の情報を読んで理解し、インフォームドコンセントを与えることを確認します。

上記を読んで理解し、トリートメントに同意します: _____

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。