

안면 시술 동의서

페이셜, 하이드라더마브레이션, 더마플레이닝, 효소 치료 및 LED 테라피에 대한 동의 및 피부 상담

고객 정보

이름 *

성 *

이메일 주소 *

전화번호 *

생년월일 *

YYYY / MM / DD

피부 상담

오늘의 서비스 *

- ☐ 클래식 / 커스텀 페이셜 ☐ 하이드라더마브레이션 ☐ 더마플레이닝
☐ 효소 또는 순한 화학 필링 ☐ 면포 제거 ☐ LED 광선 치료
☐ 마이크로커런트

피부 타입 *

- ☐ 정상 ☐ 건성 ☐ 지성
☐ 복합성 ☐ 민감성

피부 고민

- ☐ 여드름 / 뾰루지 ☐ 잔주름 / 노화 ☐ 검은 반점 / 칙칙한 피부톤
☐ 빨갛게 달아오름 / 주사 ☐ 건조함 / 탈수 ☐ 거칠기 / 모공

현재 사용 중인 스킨케어 제품

건강 및 피부 선별

지난 5~7일 이내에 레티놀, 트레티노인 또는 기타 레티노이드를 사용하셨습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

지난 6개월 이내에 이소트레티노인(Accutane)을 복용하셨습니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

현재 구순포진, 개방 병변, 일광화상 또는 피부 감염이 있으십니까? *

- ☐ 예 ☐ 아니오

지난 2주 이내에 주사제, 레이저, 마이크로니들링, 제모 또는 화학 박피 시술을 받으셨습니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

현재 임신 중이거나 모유 수유 중입니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

간질, 페이스메이커 또는 얼굴의 금속 임플란트가 있으십니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

스킨케어 성분, 견과류, 라텍스 또는 향료에 알레르기가 있으십니까? *

☐ 예 ☐ 아니오

그렇다면 구체적으로 명시해 주세요

현재 복용 중인 약물

위험 및 합병증

가능한 반응:

- 발적, 온열감 및 경미한 민감성 (수 시간 지속)
- 필링 또는 면포 제거 후 수일 내 여드름 악화 또는 뾰루지
- 건조함 또는 벗겨짐
- 더마플레이닝으로 인한 경미한 상처 또는 자극 (드물음)
- 제품에 대한 알레르기 반응
- 시술 부위가 자외선에 노출되고 보호하지 않은 경우 색소 침착 과다
- 헤르페스 심플렉스 병력이 있는 경우 구순포진 악화

시술 후 24~48시간 동안 햇빛, 레티노이드, 필링 산, 격렬한 운동을 피하고 매일 SPF 30 이상의 자외선 차단제를 사용하세요.

레티노이드 사용, 이소트레티노인, 최근 시술, 알레르기 및 의료 상태에 대한 답변이 정확하며, 이에 따라 시술이 조정되거나 거절될 수 있음을 이해합니다.

피부 이력 및 제품에 대해
공개했습니다: _____

서비스 기록

사무실 용도만

	날짜	서비스 / 제품	피부 관찰	홈 케어 권장사항
항목 1				
항목 2				
항목 3				
항목 4				

	날짜	서비스 / 제품	피부 관찰	홈 케어 권장사항
항목 5				
항목 6				

동의 및 서명

위에서 선택한 안면 시술에 자발적으로 동의합니다. 에스테티션은 의료 상태를 진단하거나 치료하지 않으며, 결과는 다양할 수 있고, 시술 중 불편함이 있으면 즉시 알려야 함을 이해합니다. 과실이 아닌 한 본 시술과 관련된 모든 책임에서 서비스 제공자 및 실습을 면제합니다.

위의 정보를 읽었고 이해했으며 동의합니다.

위 내용을 읽었고 이해하며 시술에 동의합니다: _____

서명

날짜

이름 인쇄

날짜 *

YYYY / MM / DD

이 양식은 Consentify에서 무료로 제공됩니다

Consentify는 이와 같은 양식을 클라이언트가 QR 코드로 자신의 휴대폰에서 서명하는 디지털 동의서로 변환합니다 — 자동 PDF 생성, 금기사항 표시, 암호화된 저장소 포함. 무료 플랜을 <https://getconsentify.com>에서 이용할 수 있습니다.

템플릿일 뿐입니다. 사용 전에 자신의 면허를 소유한 전문가 또는 법률 고문과 함께 검토하시기 바랍니다. 요구사항은 관할권과 진료 관행에 따라 다릅니다.