

まつげエクステンション/まつげリフトの同意書

まつげエクステンション施術、まつげリフト、まつげティント施術に関する知情同意書

クライアント情報

名前 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

施術の選択

ご希望の施術 *

- | | |
|---|--|
| ☐ クラシックまつげエクステンションーフルセット | ☐ クラシックまつげエクステンションーリフィル |
| ☐ ボリュームまつげエクステンションーフルセット | ☐ ボリュームまつげエクステンションーリフィル |
| ☐ ハイブリッドエクステンションーフルセット | ☐ ハイブリッドエクステンションーリフィル |
| ☐ メガボリュームエクステンション | ☐ まつげリフト |
| ☐ まつげティント | ☐ まつげリフト&ティント |

ご希望のまつげスタイル(エクステンションのみ)

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ ナチュラル | ☐ キャットアイ | ☐ ドールアイ |
| ☐ ウィスピー | ☐ ドラマティック | ☐ アイリストのおすすめ |

眼と健康のスクリーニング

現在または過去に以下の症状はありますか？

- | | |
|--|--|
| ☐ 眼瞼炎(まぶたの炎症) | ☐ 結膜炎(赤目)ー現在または最近 |
| ☐ 慢性ドライアイ | ☐ ものもらい または 粉瘤 |
| ☐ 最近の眼手術(LASIK、白内障手術など) | ☐ 抜毛癖(まつげ) |
| ☐ まつげに影響する脱毛症 | ☐ コンタクトレンズ使用者 |
| ☐ 該当なし | |

ラテックスまたは接着剤アレルギーはありますか？ *

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ☐ はい | ☐ いいえ | ☐ 不確かです |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|

ホルムアルデヒドまたはシアノアクリレートの感度はありますか？ *

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ☐ はい | ☐ いいえ | ☐ 不確かです |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|

現在妊娠中または授乳中ですか？ *

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

以前にまつげエクステンションまたはまつげリフトを受けたことはありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

そうであれば、何か問題がありましたか？

リスクとアフターケア

潜在的なリスク:

- 接着剤、製品、または材料へのアレルギー反応(発赤、腫れ、かゆみ)
- 眼刺激または感度
- 不適切に施術または維持されている場合、天然まつげへのダメージ(破裂、薄毛)
- 衛生が維持されていない場合の感染
- 接触皮膚炎

アフターケアの指示:

- 施術後24～48時間は水と蒸気を避けてください
- まつげをこすったり、引っ張ったり、つまんだりしないでください
- 目の周りの油性製品を避けてください
- まつげ用の安全なクレンザーでエクステンションを毎日クリーニングしてください
- エクステンションに機械的なまつげビューラーを使用しないでください
- ボリュームを保つため2～3週間ごとにフィルをスケジュールしてください
- 自分でエクステンションを外そうとしないでくださいー プロの除去をお勧めします

まつげリフト/ティントの場合:

- 24時間はまつげに水と化粧品を避けてください
- まつげをこすったり触れたりしないでください
- 結果は6～8週間持続します

まつげサービスの潜在的なリスクについて知らされており、すべてのアフターケア指示に従うことに同意します。

リスクとアフターケア要件を
理解しています: _____

施術記録

オフィス使用のみ

	日付	眼	カール/長さ	数
エントリー 1				
エントリー 2				
エントリー 3				
エントリー 4				

同意と署名

上記に記述されたまつげサービスに同意します。関連するすべての健康情報を開示し、関連するリスクを理解しています。アフターケア要件について知らされており、それらに従うことに同意します。技術者とサロンを、有害反応または結果に対する責任から解放します。

上記の情報を読んで理解したことを確認し、知情同意を与えます。

上記の情報を読んで理解
しています: _____

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。