

ワックス/脱毛同意書

肌の感度スクリーニング付きのボディおよび顔ワックスサービスの同意書

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

サービス詳細

ワックス対象部位 *

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 眉 | ☐ 上唇 | ☐ 顎 |
| ☐ 顔全体 | ☐ ワキ | ☐ 腕 |
| ☐ 両脚全体 | ☐ 脚半分 | ☐ ビキニライン |
| ☐ ブラジリアン | ☐ 背中 | ☐ 胸 |

ワックスタイプの希望（該当する場合）

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| ☐ ハードワックス | ☐ ソフト/ストリップワックス | ☐ シュガーワックス |
| ☐ 希望なし/エステティシヤンの判断 | | |

皮膚・健康スクリーニング

現在、レチノイド、レチン-A、またはレチノールを使用していますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

過去6ヶ月以内にアキュテインを服用していますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

ワックス予定部位に日焼けまたは最近のタンニングはありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

ワックス予定部位に以下のいずれかがありますか？

- | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------------|
| ☐ 開いた傷または切傷 | ☐ 隆起したほくろまたはスキнтаグ | ☐ 発疹または刺激 |
| ☐ 静脈瘤 | ☐ 上記のいずれでもない | |

現在妊娠していますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

糖尿病または循環器疾患はありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

初めてのワックスですか？ *

☐ はい ☐ いいえ

リスク・アフターケア

潜在的なリスク：

- 赤み、刺激、軽度の腫脹（正常、数時間で解消）
- 埋もれ毛
- ニキビまたは白ニキビ（毛嚢炎）
- ワックスの温度による熱傷
- 肌の隆起または裂傷（特に感度の高い肌）
- あざ（稀）
- ワックスまたは製品への対応アレルギー反応

アフターケア：

- 24～48時間、日光、タンニング寝具、強い風呂を避けてください
- 24時間、香料付き製品、制汗剤、またはセルフタンナーを塗布しないでください
- ワックス処理した部位に緩い衣類を着用してください
- 埋もれ毛を防ぐため、48時間後に優しくエクソフォリエートしてください
- ワックス処理の予約間に剃刀を使用しないでください

ワックスのリスクについて知らされており、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を理

解しています: _____

同意・署名

上記に記載されているワックスサービスに同意します。すべての関連する健康および皮膚情報を開示しました。リスクを理解し、アフターケア指示に従うことに同意します

上記の情報を読んで理解したこと、および情報提供による同意を確認します

上記の情報を読んで理

解しました: _____

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。