除毛・減毛　お客様チェックシート

お客様がより安心に安全に施術する上での大切なチェックシートです。

＊ 下記に当てはまる方は、施術が出来ません。若しくは医師とご相談の上での施術となります。

☐ ホルモン剤（ピル）を服用している。（高容量）
☐ 光線過敏症（ポルフィリン症）または、光アレルギーを持っている
☐ ケロイド体質である。
☐ 高血圧症である。
☐ 血栓症または高脂血漿である。
☐ 心臓障害または疾患を患っている。
☐ 妊娠または妊娠の可能性がある。
☐ 授乳中の方。
☐ 感染症や急性疾患にかかっている。
☐ ペースメーカーなど循環機器を使用している。
☐ 高プロラクチン血症をもっている。
☐ ケロイド症またはケロイド状の傷履歴がある。
☐ アレルギーを持っている。（　　）
☐ 肝臓病・心臓病・糖尿病、その他の内臓系・循環器系疾患を患っている。
☐ ステロイド系薬を常用している。
☐ 婦人病で現在通院中である。
☐ 婦人科系疾患を持っている。（　　）
☐ 感染症、または感染症の疑いがある。
☐ 皮膚疾患を持っている。または水泡やカブレなどを起こしやすい。
☐ てんかんなど既往症である。
☐ 過去の除毛・減毛行為の中で、トラブルが起きた事がある。
☐ その他、上記以外の病気もしくは疾患を患っている

ご来店の際再度チェック＆サインを頂きます