光フェイシャルトリートメント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。

□ 現在医師の治療を受けている人や特に身体に異常を感じている。
□ 妊娠している、または妊娠の可能性がある。
□ ホルモン剤（ピル等）を服用中である。
□ 感染症の疑いがある、感染症にかかっている。
□ 皮膚疾患がある。（アレルギー、ケロイド体質など）
□ 内科系疾患で通院中である。通院中の方は具体的に病名を記入してください
□ 血圧異常である。
□ ボットックスなど他、皮膚に注入したことがある。
□ 薬物治療中である。（　　）
□ ペースメーカーなど循環機器を使用している。
□ 光線アレルギーまたは過敏症である。
□ 婦人科系疾患を持っている。（　　）
□ 肝臓病、心臓病、その他の内臓系、循環器系疾患を患っている。
□ 日光に当たると赤みがでやすい。
□ アレルギーを持っている（　　）
□ その他持病を持っている。（　　）
□ クリニックやエステサロンでフォトフェイシャルやレーザーなどの治療を受けている。または、受けたことがある。
□ ケミカルピーリング、またはソフトピーリングを受けたことがある。
□ 現在フルーツ酸の化粧品を使用中である。

以上のチェックシートは来店の際再度チェック頂きサインをお願い致します