

レーザー脱毛申込書

さとう美容クリニック

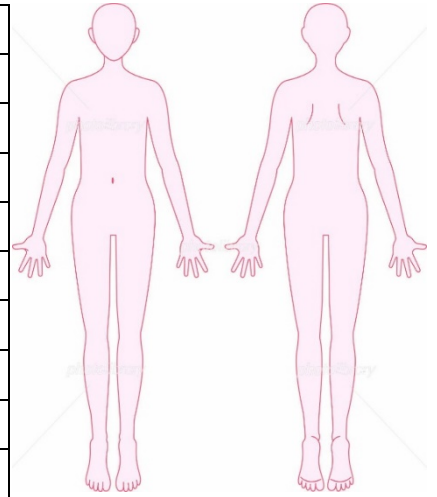
院長 佐藤明男

1. 以前に脱毛をしたことはありますか？

場所（エステ・医院） 部位_____ 約_____年前

2. 脱毛希望の部位を表の左側番号に○を付けて下さい（わからない場合は図に印をご記入下さい）。

○	部位	平均照射回数	1回の費用(消費税込み)
1	両わき	5	¥2,000
2	ハイジニーナ	3~5	¥20,000
3	上肢（肘上10センチ~手首）	5	¥15,000
4	手・足（指、手の甲を含む）	5	¥4,000
5	フェイス	5~10	¥20,000
6	口まわり（女性）	10	¥7,000
7	うなじ	5~10	¥10,000
8	下肢（膝上10センチ~足首）	5	¥25,000
9	背中（ブラ上）	5~10	¥20,000
10	臀部（おしり）	5~10	¥20,000
11	男性 モミアゲ・頬	5	¥10,000
12	男性 胸（鎖骨下からみぞおち）	5	¥25,000
13	男性 腹部（みぞおちから臍）	5	¥25,000
14	その他（1ショット）	—	¥500



3. 以下の方々や部位は脱毛施術に危険を伴うので施術ができませんのでご理解下さい。

(ア) 現在、**妊娠中**か**3ヶ月以内に出産・流産・中絶**をした場合、あるいは**不妊治療中**の方、**ピル服用中**の方

(イ) 脱毛部位が**日焼け**している場合、**刺青**をしている部位

(ウ) **紫外線アレルギー**、**過敏症**、**ケロイド体質**、**白斑（はくはん）**、**アトピー性皮膚炎**、**内臓疾患**や**持病**、**甲状腺疾患**、**肝臓の疾患**、**血液疾患**、**緑内障**、**てんかんの方**、**心疾患の方**

(エ) 脱毛を受けるときに**注意が必要な内服薬**、**ニューキノロン系抗菌薬**、**テトラサイクリン系抗生物質**、**解熱消炎鎮痛剤（非ステロイド性消炎鎮痛薬）**、**血圧を下げる薬**、**糖尿病治療薬**、**向精神神経用薬**、**抗ヒスタミン剤**、**利尿薬**など

4. レーザー脱毛は体質や毛の太さ毛包（皮膚の下の部分）の向きや深さによって脱毛効果に差があります。

5. **副作用**は、**軽いやけど**、**発赤**、**色素沈着症**などが起こることがありますが、我慢せずに早めにお知らせ下さい。

6. **平均照射回数**は大まかな目安です。毛の性質や部位によって脱毛結果に差があります。

内容を十分理解したでの治療を申し込み致します。

西暦 202____年____月____日

氏名（署名）_____

代諾者（署名）_____