

エレクトロポレーション承諾書

■次に該当される場合には施術をご遠慮いただいております。

- 1、ペースメーカーをご使用の方
- 2、妊娠中の方
- 3、体内に金属が入っている方（美容整形、外科的手術、インプラント等）

■次に該当される場合は施術を行えないこともございます。

- 1、心臓疾患、てんかんの既往歴のある方
- 2、血圧異常の方
- 3、発熱している方
- 4、皮膚病の方
- 5、感染性疾患の方
- 6、顔面神経痛の方
- 7、ステロイド系ホルモン剤の長期使用や肝機能障害で毛細血管拡張をおこしている方
- 8、授乳中の方
- 9、瞼の上の施術をご希望の方
- 10、医師と相談が必要な病状、またはお薬を内服されている方

※当日は日焼け止めのみ塗布した状態でご来院をお願いします。

※施術は完全予約制（お一人30分）とさせていただきます。

ご予約時間にご来院いただけなかった場合は、お時間短縮での施術となります。

※キャンセルをご希望の場合はご予約日の2日前までにご連絡いただきますようお願い申し上げます。

（期限以降のキャンセルにつきましては¥2000円のキャンセル料が発生いたします。）

（火曜日予約の場合：日曜日まで／金曜日予約の場合：水曜日まで※予約日の2日前まで）

その他、気になることがある方は詳しい状況をスタッフまでお知らせください。

上記注意事項をご確認いただいた方は、下記にご署名をお願いいたします。

また当院では、患者様の個人情報を医院運営の目的以外で、患者様の許可無く使用することはありません。

年 月 日

ご署名
