施術に関する同意書

まつげエクステの施術の際、お客様の皮膚や眼にトラブルが起きないよう、十分な注意を払って施術を行ないますが、まれにアレルギー等によるトラブルが発生する場合があります。不明点は事前にご説明させていただきますが、ご理解のうえ施術をお受けください。なお、いかなる場合であっても当社の責めに帰すべき事由がある場合を除き、施術後の払い戻し・返金は致しておりません。また、施術後何らかのトラブルが発生しても責任は負いかねます。
下記項目に該当される場合は施術者の判断により施術をお断りする場合がございます。（いずれかに〇印をお願いします）

■紫外線アレルギーがある。　YES ／ NO
■グルーでアレルギーが出たことがある。　YES ／ NO
■MRI 検査・CT 検査・レントゲン検査を控えている。　YES ／ NO
■本日、体調不良や目元の違和感がある。　YES ／ NO

■体質や体調の変化により、アレルギー反応が出る場合がございます。赤み、かゆみ、腫れなどの症状が出た場合は速やかに専門医にご相談ください。不安な方はパッチテストをおすすめします。
■施術中は必ず目を閉じていてください。開けてしまった場合、目がしみる、一時的な眩しさや痛みを伴う可能性があります。施術中に施術者の指示に従っていただけない場合は中断させていただきます。予めご了承ください。
■LED エクステは 1 本ごとに光を照射して硬化させていきます。その際ライトの温もりを感じることがあります。その他異常を感じた場合はすぐに施術者にお知らせください。
■自まつげには毛周期があり、自まつげの生え変わりとともにエクステも減少していきます。持続性には個人差があり、取り扱い方やエクステの太さや長さでも大きく変わります。
■万が一、エクステをつけてからかゆみや痛みなど違和感が出た場合は無理に引っ張ったりせず、当店にご連絡ください。
■数日経っても症状が和らがない場合は、眼科・皮膚科を受診されることをおすすめします。

※同意事項（チェックしてください）
□まつげエクステの施術の内容、起こりうるトラブルについて説明を読みました。
□アフターケア方法に従い、施術後の処置について異議を申し立てません。
□上記の説明を理解し、了承したうえでまつげエクステの施術を申し込みます。

上記についてご理解・ご了承いただいたうえでご同意のサインをお願い致します。

年　　月　　日

※18 歳未満の方は保護者の同意が必要です。同意書をお持ちいただくか、お電話で確認のご連絡をさせていただきます。

本人ご署名　　保護者氏名　　印　　続柄