

美容施術 契約書 兼 同意書

施術メニュー： ピコレーザー ダーマペン4・ベルベットスキン マッサージピール 医療アートメイク

施術について

施術中は必ず医師・看護師の指示に従っていただきますようお願いいたします。医師・看護師の指示に従っていただけない場合は、十分な治療効果を得られないだけでなく、大切なお肌にトラブルが発生する場合がございます。また、当院で治療期間中に他院で何らかの治療を行う場合は、その旨を必ずお申し出ください。お申し出のない場合に発生したトラブルに関しまして、当院では責任を負いかねますのでご了承ください。

合併症について

施術により合併症が発生する可能性があることをご理解頂きますようお願いいたします。もし、治療後に合併症が生じた場合は当院へご連絡をして頂きますようお願いいたします。長時間経過しますと、適切な処置ができない場合がございます。また、合併症による治療費は、患者様ご本人のご負担となりますことをご了承ください。

治療効果について

治療効果をご期待に沿えない場合がございます。

施術費用について

治療効果をご期待に沿えない場合や合併症が発生した場合でも、当院では施術費用の返還はしておりません。また、施術後のご返金や各コース途中での解約も出来ませんのでご了承ください。

個人情報の取り扱いについて

当院では、個人情報保護法に基づき、収集・保管した個人情報について適正かつ安全に管理・運用いたします。

写真撮影について

当院では、治療および施術内容、部位、お肌の状態に応じて施術前及び施術後に写真撮影をさせていただく場合がございます。撮影させていただきましたお写真は、当院で厳重に保管し無断で使用することはいたしません。ただし、治療経過を当院のホームページやSNSなどへの掲載をご協力頂ける場合は、ご協力をお願いする場合がございます。

⇒ 当院ホームページや SNS などに写真を掲載することについて 同意します(全顔・施術部位のみ) 同意しません

治療や施術に関しての合併症リスクや各種注意事項について、書面で十分に説明を受け、すべての内容を理解し納得した上で、自らの意思で施術を希望いたします。この同意書は施術前のどの時点でも撤回が可能であり、撤回することによって私が不利益を被ることは一切ないと理解しています。

➤ 説明医師：金村 晋吾 金村 英利子

日付：_____年_____月_____日

患者様氏名：_____（続柄：_____）

※18歳未満の方は保護者の同意が必要で、その場合は保護者のお名前と続柄の記載もお願いします



Kanemura Clinic
かねむらクリニック

クリニック名 かねむらクリニック

所在地 〒5440004 大阪市生野区巽北 2-13-8

電話番号 06-6755-1159

美容施術 問診票

フリガナ		男・女	年 月 日生まれ (歳)
氏名		電話番号	
住所	〒		
感染症	無・有()		
アレルギー	無・有() ※食べ物・麻酔・金属・アルコール消毒・ラテックスなど		
妊娠	無・妊娠中・授乳中・妊活中		
治療中	無・有()		
既往歴	過去の病気や怪我、手術の経験などをご記入ください		
内服薬	□ニキビ治療薬 □抗凝固剤薬 □抗血小板薬 □免疫抑制剤 □ステロイド剤		
外用薬	□サプリメント() □その他()		
スキンケア	レチノール入りのスキンケア使用されている場合はご記入ください。(ゼオスキン・エンピロンなど) 無・有()		
該当項目に✓をお願いします	□ケロイド体質 □アトピー症状 □ヘルペス症状 □喫煙(/ 日) □飲酒(/ 日)		

➤ 本日希望される美容施術

ピコレーザー ダーマペン4 マッサージピール ヴェルヴェットスキン
 医療アートメイク：眉毛 リップ アイライン(上のみ) ほくろ

➤ 診察希望の部位と症状、時期

皮膚トラブル：ニキビ ニキビ跡 シミ そばかす 肝斑 くすみ たるみ 赤み
その他()
 いつからですか？:()

➤ 他の美容クリニックでの治療経験

なし あり(施術メニュー: 時期:)

➤ 当院へご来院頂いたきっかけ

ご紹介(紹介者名:) Instagram ネット検索 その他()

➤ その他ご質問やご不明点などございましたらご記入ください

➤ アンケートにご協力ください

- ・ご興味のある美容施術 ()
- ・現在使用しているスキンケアブランド ()

