

「C a r e s y s (ケアシス)」施術同意書

1. 予約時間の 10 分前に必ずご来院下さい。ご予約時間に遅れて来院されますと、施術時間が短くなりますのでご注意下さい。
2. 施術は予約制で、1 枠 1 時間の予約で行っております。予約枠 1 時間には施術時間以外に入室・退室・お仕度のお時間も含まれます。
3. 施術中に痛みを感じることはほとんどありませんが、額やあごなど部位によって(歯科治療部位・インプラント等含む)は、ズーンと微弱な衝動を感じる事や違和感を感じる場合があります。
4. 施術後一時的に肌が赤くなることがありますが、通常は数時間で戻ります。
5. 施術後は日焼け止めを使用し、日焼けをしないように注意して下さい。
(PA++++、SPF30 以上のもの)
6. 1 回ですべての症状を改善するのではなく、複数回の治療を継続することにより、少しずつ穏やかに肌質が改善していきます。
7. 妊娠の可能性、または妊娠している方は施術を受けることはできません。
8. ヘルペスなどの感染症のある方は施術を受けることはできません。
9. ペースメーカーや、金属製のプレート(インプラント)など、使用されている方は施術を受けることはできません。
10. 施術前に金属製のアクセサリ (ピアス・ネックレス等) は外していただきます。

上記の内容を理解し、納得いたしましたので、「ケアシス」施術内容に同意し申し込みます。

年 月 日

住所：〒

氏名：

連絡先：

(本人が 18 歳未満の場合)

保護者住所：〒

保護者氏名：

連絡先：

医療法人博心会 一関すずき整形外科クリニック

〒021-0035 一関市山目字才天 221 TEL 0191-33-1110

院長 鈴木道博