

TiAM eye and relax

施術同意書・カウンセリングシート

個人情報

フリガナ： _____ 氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____ メール： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

施術メニュー

ご希望の施術メニューにチェックしてください：

まつげカール まつげエクステンション ラッシュリフト アイブロウ (眉WAX)

ご来店のきっかけ

パンフレット ホームページ クーポンサイト (サイト名： _____) ご紹介 (紹介者名： _____)

その他 (_____)

カウンセリング

【共通】

皮膚用のりや化粧品でかぶれた事がありますか？ はい (症状： _____) いいえ

目や目の周りの皮膚の状態は？ 普通 弱い 涙が出やすい 目やにが出る まぶたが腫れやすい

3ヶ月以内に結膜炎等、目の病気で通院しましたか？ はい (病名： _____) いいえ

コンタクトレンズを使用していますか？ はい (1DAY / 2WEEK / その他) いいえ

【まつ毛施術の方】

過去にまつ毛施術を受けた事がありますか？ ある (施術名： _____ 時期： _____) ない

→「ある」の方：気になった症状はありますか？

まぶたが赤くなった 目が充血した 毛先が縮れた かゆみ ものもらい その他 (_____)

【アイブロウの方】

普段の眉の手入れ方法は？ 毛剃り シェービング カット 脱毛 その他 (_____)

アイメイクはされますか？ はい いいえ

注意事項

【施術前】

- 以下に該当する方は施術をお断りする場合がございます：目の充血・眼病・かぶれ・かゆみ・まぶたのダメージが強い方/3ヶ月以内に目元の美容整形やレーザー手術を受けた方/目元の皮膚が弱い方・粘着剤で赤みがある方/妊娠初期の方/体調不良の方
- コンタクトレンズ (1DAY以外) は施術前にお外してください

【施術中】

- 施術中は絶対に目を開けないでください
- 姿勢を変えたり大きく動かないでください
- 違和感を感じた際はすぐにお申し出ください

【施術後】

- 腫れ・痒み・痛み等の症状が出た場合は速やかに眼科・皮膚科を受診してください
- アレルギー反応の可能性がある場合は直ちに当店までご連絡ください
- 美容目的の施術のため、医療機関での診療代・薬代は自己負担となります
- アイブロウ施術後は日焼けをお控えください

キャンセルポリシー

- ご予約のキャンセル・変更はご予約日の前日までにご連絡ください
- 当日キャンセルの場合、次回ご来店時の優先枠対応がいたしかねます
- 無断キャンセルの場合、施術代の50%をキャンセル料として頂戴いたします
- ご予約時間より15分以上遅れた場合はお断りする場合がございます

同意・署名

上記全ての事項を理解し、施術を希望いたします。
また、今後の施術の際も上記事項をお守りいたします。

「私は上記内容を確認し、了承致しました。」

日付：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名： _____

※個人情報は当店で厳重に保管しており、第三者に提供されることは一切ありません。

TiAM eye and relax | 秦野市本町2-4-3 2F | 070-1254-0222