

エステ 事前確認及び施術同意書（初診）

左の□にチェックを入れてください

ご希望のコース（○をおつけください）

超音波レンジングのみ 3000 円（税込 3240 円） イオン導入コース 5000 円（税込 5400 円）

エレクトロポレーション 10000 円（税込 10800 円）

別途 初診の方は初診相談料 1000 円（税込 1080 円）がかかります

施術前にお顔 3 方向の写真撮影をおこなわせていただきますが、院内カルテ記録保存用としてのみ利用させていただきます

医師の指示により施術内容、範囲の変更または施術そのものがないこともあります
（歯列矯正をされている場合は口まわりは避けさせていただきます）

年齢、体質、健康状態により施術用の化粧品がお肌に合わないこともあります
また効果にも個人差があります

診察やご希望内容により他院へ御紹介させていただくこともあります

妊娠中（妊娠の可能性）、授乳中ではありません

この 1 週間以内にボトックス、ピーリングなどの施術を受けておりません

ペースメーカー、顔や首に金属の糸、インプラント、その他美容注入などを
を受けておりません

持病やアレルギー等、自己申告した内容に虚偽がなく身体上問題はありません

キャンセルは施術日の前日（休診日の場合、その直近の診察日診療時間内まで）に御願
いします

無断キャンセルの場合は次回予約をお断りすることもあります

私 _____ は医療法人社団 恵友会 みなこレディースクリニック

医師 鈴木 美奈子より説明を受け、この同意書内容を十分理解、確認して自己の意志で
メディカルエステを受けることを希望し同意します

平成 年 月 日

ご署名 _____