

施 術 同 意 書

私は以下の条件のもとで、細胞セラピー「WOODY」の施術を受けることにつき、承諾します。

- ・ 細胞セラピー「WOODY」は治療ではありません。いかなる症状についても、処置を代替するものではありません。
- ・ 施術に際して、ツールを使用し、身体に対して圧力をかけるため、肌荒れや、皮膚にアザや傷が生じることがあります。
- ・ 施術後に、体調を崩す、倦怠感を感じる、上記の症状が出る、その他の症状が出るといった場合であっても、当店は一切の責任を負いかねます。
- ・ 当店内での所持品の紛失等につきましては、当店は一切の責任を負いかねます。

※ 特定の症状がある場合、医師の指示に従ってください。

- 下記項目に該当するものではありません。 下記項目に該当するものがあります。
(該当するものに○をしてください)

記

- ・ 風邪、その他の疾患、感染症がある（症名： _____）
- ・ 発熱（37℃以上）がある
- ・ 1か月以内に予防接種を受けた
- ・ 血栓／重症の内臓疾患で治療中である（人工透析等）
- ・ 過去に大きな病気をしたことがあり、現在も治療中及び投薬中である
- ・ 高血圧
- ・ 化粧品や食べ物についてアレルギーがある（アレルギー品目： _____）
- ・ 化粧品や食べ物によってかぶれたり発疹が出たことがある（品目： _____）
- ・ 現在妊娠中である（妊娠 ____ か月）
- ・ 飲酒をし、酒気を帯びている
- ・ 現在未成年（20歳未満）である
- ・ その他、通院中や気になる症状がある（症名： _____）

(上記項目に該当するものがある方)

該当する項目がある場合、施術をご提供できないことがあります。また、施術中に上記の症状等がみられた場合、施術を中止する場合があることを承諾します。

年 月 日

署名 _____