Roma Pink

施術に関するご案内および注意事項

◉ 針を使わず、着色物質がなく、麻酔もせず、傷跡が残らない点でタトゥーとは異なります。
◉ 施術後、個人ごとの新陳代謝の違いにより、施術が最終的に完了するまでの時間が異なる場合があります。
◉ 糖尿病、甲状腺疾患、エイズ、B 型肝炎、心臓病、光線過敏症、皮膚病、麻疹、アトピー血液皮膚疾患などの病歴がある方や、長期間薬を服用している方、妊娠中、唇の施術経験がある方は、皮膚が過度に損傷され、結果が十分に現れない場合があります。
◉ 過去または現在に癌や病気を患っている方は受けられません。
◉ 成分アレルギー（ザクロ・アボカド）のある方は受けられません。
◉ 妊娠中、授乳中、産後・授乳後 3 ヶ月以内の方は受けられません。
◉ 副作用は、施術時の痛み（個人差あり）、赤み、ひりつき、皮むけ、腫れ、浮腫み、薬剤のアレルギー反応があります。
◉ 施術後 1 か月は紫外線や摩擦に注意してください。
◉ メラニン因子は個人差があるため、1 回の施術で肌本来の色にならない場合がございます。（その際は 2 回目推奨）
◉ 温泉、サウナ、水泳は角質が完全に剥がれるまでお控えください。

唇施術サービスの同意事項

↓チェックしてください

□ 本人は必ず事前に自分のいかなるアレルギーや身体の不調を施術者に知らせなければならず、人それぞれの体質が異なるため、個人の体質や衛生上の問題により施術後に身体に不調が生じた場合、その責任は自分にあることを了承します。
□ アフタークリームを案内したとおりに 3 か月間継続して塗っていただかない場合、満足のいく効果を保証できません。
□ 本人は人それぞれメラニン色素の沈着状況が異なり、必要な代謝時間も異なることを認識しました。
□ 本人はローマピンク施術の前後の注意事項を十分に理解しており、施術後のケアの責任は自分にあることを了承します。
□ 本人は、スタッフが施術の前後に写真を撮影することに同意し（顔や個人の特徴が明らかにならない範囲で）その写真が宣伝に使用されることに同意します。万が一、紛争が発生した場合、友好的に協議して解決しなければなりません。
□ 本同意書は本人が直接読んで認識し、スタッフから詳細な説明を受けました。
□ 本人が提起した質問に対して満足のいく説明を受け、十分な時間も持って考えた上で本同意書を熟知し、最終的に受けることに署名しました。
□ 18 歳未満の場合は、法定代理人が本内容を十分に理解した上で、同意及び署名を行わなければ施術を受けることが出来ません。
□ 施術後の注意事項の別紙を読み、理解しました。

日付　　：　　年　　月　　日
お客様氏名：　　㊞
施術者　　：