

Roma Pink

リップ施術前の確認事項



氏名

施術日

・

・

生年月日

・

・

電話番号

施術者

性別

☐男

☐女

「18歳未満の未成年者は法定代理人の許可を受けなければなりません。」

以下の該当する内容にチェックしてください。

- ・ 最近1か月以内にレーザー施術および唇の施術の有無 ☐はい ☐いいえ
- ・ アレルギー歴の有無 ☐はい ☐いいえ
- ・ 妊娠中または授乳中 ☐はい ☐いいえ
- ・ 特殊な病歴の有無 ☐はい ☐いいえ
- ・ 特殊な病歴の記入 []

唇のアートメイクは施術完了後、1か月以降に行うことができます。

また、皮膚症状がある方[口唇炎、口唇ヘルペス、妊娠中、授乳中、アレルギー、
高血圧、心血管疾患、糖尿病など]は施術を受けることができません。

唇の色や形、健康状態について正直にチェックしてください。

- | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 真っ黒 | ☐ バラ色の唇 | ☐ 黒いまたは白い唇 | ☐ ひび割れ | ☐ つややか |
| ☐ 少し真っ黒 | ☐ タトゥーの痕跡 | ☐ 蒼白な唇 | ☐ 唇の傷 | ☐ しわが多い |
| ☐ ごくわずかに真っ黒 | ☐ 黒赤い唇 | ☐ 白い唇 | ☐ 口唇炎 | ☐ 角質 |