

予約変更・キャンセル料・遅刻について

■予約変更・キャンセル

締め切りは予約日 2 日前の 19 時までです。

締め切りを過ぎますと、予約変更・キャンセルの際は 5,500 円（税込）を頂戴いたします。
また、コースを組まれている方は、コース 1 回分の消化扱いといたします。

■遅刻

10 分以上の遅刻は、予約状況によって施術をお断りすることがございます。
（公共交通機関の乱れ等による場合も含みます）

施術をお断りする可能性のある方

- ☐ 妊娠の可能性・妊娠中
- ☐ 現在感染症のある方（ヘルペス・ウイルス性肝炎・HIV キャリア等）
- ☐ 重度のアレルギー体質・ケロイド体質
- ☐ 重度の糖尿病・心臓病・腎臓病・膠原病・自己免疫疾患・抗がん剤治療中

診察により施術を受けられないことや、メニュー変更をご提案することがある方

- ☐ 1 ヶ月以内に、日焼けやエステ、他院で美容施術を受けている方
HIFU レーザーは前回施術から 3 ヶ月経過していないと施術不可
- ☐ 当日の肌状態が著しくよくない場合
- ☐ 体内にペースメーカーや金属類（金の糸含む）のある方
- ☐ リウマチの点滴治療や金製剤を服用している方
- ☐ 2 週間以内に下記を使用している方
 - ・ビタミン A 誘導体（ゼオスキン、エンビロン等）
 - ・トレチノイン、ステロイド
 - ・剥離作用のあるニキビ外用薬（ディフェリンやアクアチム等）
- ☐ 顔の手術（眼科含む）を受けている場合、お電話にて事前にご申告ください。手術内容によっては当院にて施術を受けるまでに期間が必要となります。

お支払い方法

現金・各種クレジットカード・各種デビットカード・医療ローン

未成年・成年（高校生）の方へ

親権者の同意書が必要です。
本書面 5 枚目の『未成年・成年（高校生）同意書』を印刷・ご記入のうえご持参ください。
尚、当院では中学生以下は親権者のご同伴や同意書があっても施術をお受けいただけません。

メール受信設定のお願い

ご来院前の注意事項や予約確認などをメールにて送付しております。予めご自身の PC・スマートフォンなどのメール設定にて、「noreply.designbeautyclinic@gmail.com」のメールを受信できるよう、**迷惑メール設定から解除、もしくは受信設定をお願い致します。** 設定方法は、各メールソフトや端末によって異なります。お使いのメールソフト及び携帯会社へお問い合わせください。

ご不明な点等ございましたらお電話にてお問合せくださいませ。

美容皮膚科メニュー電話番号：06-6743-4652

予約変更・キャンセル料・遅刻について

■予約変更・キャンセル

締め切りは予約日 2 日前の 19 時までです。

締め切りを過ぎますと、予約変更・キャンセルの際は 11,000 円（税込）を頂戴いたします。

■遅刻

10 分以上の遅刻は、予約状況によって施術をお断りすることがございます。
（公共交通機関の乱れ等による場合も含まれます）

禁忌：該当する方はアートメイクをお受けいただけません

眉・リップアートメイク共通

- ☐ 妊娠の可能性・妊娠中・産後3ヶ月以内
- ☐ 血液感染症の方（HIV・B型肝炎・C型肝炎など）
- ☐ 血液疾患の方（白血病・血友病など）
- ☐ 前回のアートメイク施術後 1 ヶ月未満の方
- ☐ 皮むけを起こすスキンケアや治療をしている方
例）レチノール（ビタミン A）やピーリング成分を含む化粧品を 2 週間以内に使用している方
例）ゼオスキンを使用し、セラピューティック中の方、且つ前回の使用後 1 ヶ月経過していない方
例）イソトレチノイン内服中の方、且つ内服終了後3ヶ月経過していない方 など
- ☐ 1ヶ月以内にお顔にヒアルロン酸注射をした方（眉の場合→額 / リップの場合→唇・口元周り）
- ☐ 施術部位周辺の手術をして、ダウンタイム中の方（3ヶ月～6ヶ月程度、術式により異なる）
例）目頭切開→1ヶ月 / 二重埋没法→3ヶ月 / 二重切開法・眉下切開→6ヶ月 など。
- ☐ 授乳中（48 時間断乳できる方は除く）
- ☐ ヘルペス発症部位

リップアートメイク

- ☐ アトピー性皮膚炎の既往がある方、また診断はされていないが、アトピー体質の方

要注意：該当する方はアートメイクをお受けいただけない場合がございます

眉・リップアートメイク共通

- ☐ 施術部位の皮膚疾患
- ☐ ケロイド体質
- ☐ 感染症
- ☐ 脱毛症（円形含む）
- ☐ アレルギー（金属含む）
- ☐ 高血圧
- ☐ 日焼け（前後 2 週間）
- ☐ 乾癬
- ☐ 2 週間以内にお顔にレーザー施術を受けた方
- ☐ 2 週間以内にお顔にボトックス注射をした方（眉の場合→額・眉間・目元周り / リップの場合→唇・口元周り）
- ☐ 梅毒（完治している方は 3 カ月以内の血液検査結果をご持参ください）

眉アートメイク

- ☐ 緑内障
- ☐ アトピー体質

要注意：該当する方は主治医許可※1 が必要です

眉・リップアートメイク共通

- ☐ 不妊治療中
- ☐ 心疾患
- ☐ 糖尿病
- ☐ 抗凝固剤・ステロイド使用中
- ☐ てんかん
- ☐ がん
- ☐ 自己免疫疾患

※1 主治医許可

アートメイク可否が記載された診断書をご持参ください。尚、診断書発行費用は患者様にてご負担ください。費用は病院によって異なるため、かかりつけの病院へお問い合わせくださいませ。

麻酔について

眉、リップともに施術中の痛み緩和のために、表面麻酔クリーム（無料）を使用します。

施術日までの注意事項

■ 眉・リップアートメイク共通

- ・過去にアートメイク経験のある方はご申告ください。
- ・施術前後 2 週間は日焼けをしないように注意してください。
- ・乾燥している肌への施術は負担となるため、十分に保湿を心がけてください。
- ・アレルギーやアトピー体質でご不安な方はアートメイクを受ける前に、パッチテスト(15,000 円税込)※2をお受けいただくことをお勧めします。パッチテストの結果、施術をお受けいただけない場合があります。尚、パッチテスト当日はアートメイク施術をお受けいただけません。

※2 パッチテスト

- ・実際に使用する表面麻酔・針(金属)・色素を使用し、目立たない部分に塗布してかぶれてくるかをみるテスト。

■ 眉アートメイク

- ・事前に剃ったり抜いたり等の眉処理はしないで、できる限り自然に生え揃っている状態でご来院ください。眉毛本来の位置や生え方を考慮しデザインする事で、より自然な仕上がりにするためです。
- ・眉パーマ(ハリウッドブローなど)は施術前後 1 ヶ月はお控えください。
- ・眉毛脱色や眉ティントは施術前 2 週間は控えください(施術後は1ヶ月は控えください)。

■ リップアートメイク

- ・リップティントは施術前 2 週間は控えください(施術後は1ヶ月は控えください)。
- ・施術の数日前から普段よりも特に唇の保湿を心掛けてください。唇の乾燥が強い方は痛みを強く感じたり、色の定着に影響があるため施術をお受けいただけないこともございます。

施術当日の注意事項

- ・施術当日は普段通りのメイクでお越しください。イメージとする写真などがあればご持参ください。リップアートメイクご希望の方は理想の色味のリップ等があればご持参ください。
- ・酒気を帯びている場合は、施術をお断りすることがあります。
- ・貴金属・貴重品(お財布は除く)は持参しないでください。
- ・ご持参いただいた薬剤(麻酔など)の使用はできません。
- ・カルテ記録の為に、施術前・デザイン後・施術後に写真撮影を行います。
- ・ひどく乾燥・日焼け・肌荒れなどがある部分は避けて施術、または施術を中止する場合があります。
- ・デザインをご確認いただき、ご納得の上で施術をお受けいただけます。施術後のデザイン修正はできませんので、ご要望は施術開始前までにお伝えください。

施術後の注意事項

・ 術後の様子

個人差はありますが、施術部位に発赤・腫れ・痛み・つっぱり感・熱感・乾燥・針による内出血を生じることがございます。これらは 1 週間程度続くことがございます。

・ 美容整形やボトックス注射

顔の輪郭や表情に変化が出る可能性があります。施術を受けられるクリニックとご相談の上、アートメイク完了後 2 週間以降でリスクをご理解いただいたうえで受けられることをお勧めします。

・ MRI 検査

当院の色素は安全性が高いもので金属の含有量は極微量ですので、MRI 検査をお受けいただく事は可能ですが、医療機関によって判断が異なるため、MRI 検査の際は必ず事前に医療機関、または医師にご申告ください。

■ アフターケア(眉・リップアートメイク共通)

・ ワセリン塗布

施術後1週間は施術部位にワセリンを塗ってください。皮膚を保護することで色素の流出を防ぎ、感染を予防します。

・ 洗顔

水洗顔・泡洗顔ともに24時間経過後から可能です(施術部位以外は即可能)。

施術後 1 週間は洗顔後、施術部位にワセリンを塗ってください。

- ・ **クレンジング**
クリーム・ジェルタイプは 1 週間経過後、オイル・バームタイプは1ヶ月経過後より使用可能です（施術部位以外は即可能）。
- ・ **メイク・化粧水・クリーム類**
1 週間経過後から可能です（施術部位以外は即可能）。
ただし、レチノール（ビタミン A）やピーリング成分を含む化粧品は 2 週間経過後より使用可能です。
- ・ **入浴**
24 時間経過後より可能となりますが、赤みや痛みがある時は消失後から可能です。
- ・ **シャワー・洗髪**
即日可能ですが施術部位が濡れないように、またシャワーは身体を温めすぎないようにしてください。
- ・ **血行を促進したり、汗や水に濡れること**
サウナ・ホットヨガ・マッサージ・激しいスポーツ・温泉・海水浴・プール等は、1 週間経過後より可能です。
- ・ **飲酒** 48 時間経過後より可能ですが、1 週間は控えめにお願いいたします。
- ・ **日焼け** 最低でも施術前後 2 週間は避けてください。

■アフターケア（眉アートメイク）

- ・ **眉毛脱色・眉ティント** 施術後1ヶ月はお控えください（施術前は2週間はお控えください）。
- ・ **ハリウッドブロウ・眉ワックス** 施術前後1ヶ月はお控えください。
- ・ **まつ毛パーマ・まつ毛エクステ** 施術後 2 週間はお控えください（施術前の制限はございません）。

■アフターケア（リップアートメイク）

- ・ **喫煙** 施術後 1 週間はタバコ（電子タバコを含む）をお控えください。
- ・ **キス** 施術後 1 週間はお控えください。
- ・ **リップティント** 施術後1ヶ月はお控えください（施術前は2週間はお控えください）。
- ・ **食事**

施術後 3 日間は、辛い物・刺激物・熱いもの・アルコール・生もの（刺身等）・着色の強いもの（カレー等）の摂取はお控えください。施術後当日は、創部に雑菌が入らないように飲み物はストローを使用してください。また、施術後 1 週間はコーヒー・紅茶・赤ワイン等の色素が濃い飲料は、引き続きストローを使用してください。

- ・ **抗ヘルペス剤について**

施術時の体調等により、施術後口唇ヘルペスを発症する可能性がある為、事前に当院にて処方する抗ヘルペス剤の服用をお勧めします。ただし、服用しても発症を 100% 抑制できるわけではありません。もしヘルペスを発症した場合は、皮膚科へご相談ください。

お支払い方法

現金・各種クレジットカード・各種デビットカード・医療ローン

未成年・成年（高校生）の方へ

親権者の同意書が必要です。

本書面 5 枚目の『未成年・成年（高校生）同意書』を印刷・ご記入のうえご持参ください。
尚、当院では中学生以下は親権者のご同伴や同意書があっても施術をお受けいただけません。

メール受信設定のお願い

ご来院前の注意事項や予約確認などをメールにて送付しております。予めご自身の PC・スマートフォンなどのメール設定にて、「noreply.designbeautyclinic@gmail.com」のメールを受信できるよう、**迷惑メール設定から解除、もしくは受信設定をお願い致します。**設定方法は、各メールソフトや端末によって異なります。お使いのメールソフト及び携帯会社へお問い合わせください。

ご不明な点等ございましたらお電話にてお問合せくださいませ。

アートメイク電話番号：06-6616-8095

未成年・成年（高校生）同意書

美容医療は、外見の整容を目的とした治療で、病気やケガの治療ではありません。

そのため、まだ知識や経験が未熟である未成年・成年（高校生）の方が、不利益を被る契約をしない為に、当院では全ての治療のお申込みにあたり、未成年者の親権者又は、成年者（高校生）の親御様（以下、親権者等）の方のご承諾をいただいております。ご承諾いただけない場合には施術をお断りさせていただく場合がございます。

なお、本書面については、必要事項を全て親権者等ご本人様にご記入の上、ご捺印をお願いいたします。

中学生以下 : 当院での受け入れは不可です。

15歳以上18歳未満 : 親権者の同伴かつ未成年・成年（高校生）同意書のご提出を原則としています。

18歳（高校生） : 親御様の同伴は不要ですが、未成年・成年（高校生）同意書のご提出を原則としています。

design beauty clinic 御中

記入日 年 月 日

施 術 名

施 術 代 金 （ 税 込 ） 円 までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術が上記の同意された施術代金を超えた場合、当日の施術はお受けいたしかねます。

施 術 予 定 日 年 月 日

申込者氏名

住 所 〒

生 年 月 日 年 月 日（満 歳）

電 話 番 号

私は上記の者の親権者／成年者（高校生）の親として、上記の施術を記載の金額で受けることに同意いたします。

親権者等氏名 印

続 柄

住 所 〒

電 話 番 号

未成年・成年（高校生）同意書

記入サンプル ※赤字部分を親権者ご本人様が入力し、ご持参ください。

美容医療は、外見の整容を目的とした治療で、病気やケガの治療ではありません。

そのため、まだ知識や経験が未熟である未成年・成年（高校生）の方が、不利益を被る契約をしない為に、当院では全ての治療のお申込みにあたり、未成年者の親権者又は、成年者（高校生）の親御様（以下、親権者等）の方のご承諾をいただいております、ご承諾いただけない場合には施術をお断りさせていただく場合がございます。

なお、本書面については、必要事項を全て親権者等ご本人様が入力の上、ご捺印をお願いいたします。

中学生以下 : 当院での受け入れは不可です。

15歳以上18歳未満 : 親権者の同伴かつ未成年・成年（高校生）同意書のご提出を原則としています。

18歳（高校生） : 親御様の同伴は不要ですが、未成年・成年（高校生）同意書のご提出を原則としています。

design beauty clinic 御中

記入日 2023 年 10 月 1 日

施術名 医療レーザー脱毛（ワキ、腕全体、足全体）

施術代金（税込） 58,100 円 までのお支払いに同意します。

※ご希望の施術が上記の同意された施術代金を超えた場合、当日の施術はお受けいたしかねます。

施術予定日 2023 年 11 月 1 日

申込者氏名 田中 花子

住 所 〒530-0013
大阪市北区茶屋町15-8

生年月日 2007 年 8 月 15 日（満 16 歳）

電話番号 080-1234-5678

私は上記の者の親権者／成年者（高校生）の親として、上記の施術を記載の金額で受けることに同意いたします。

親権者等氏名 田中 春子



続 柄 母

住 所 〒530-0013
大阪市北区茶屋町15-8

電話番号 06-6743-4652