

## “体調チェックシート”でご相談を選ばれた方、また既往歴のある方

該当する方が当スペースでの施術を希望される場合、事前に必ず主治医にご相談ください。主治医の承諾を得て当店の施術を受ける場合、この承諾書が必要です。

ご本人の判断で受けていただいた場合の施術に依る影響に関しては一切責任を負いかねます。

特に妊娠中は体調が変化しやすい時期でもあります。万が一、体調を崩されても因果関係がはっきりしないものは責任を負いかねますのでご了承ください。

## 承諾書

(※ご確認いただけましたら□内にチェックを入れてください)

- 本日受ける施術サービスの内容を確認しました。
- 主治医の承諾を得ています。
- 自分の体調を最大限に考え、あくまでも自己判断で施術を受けます。
- 施術直後に体調が変化しても、因果関係がはっきりしない場合は責任を追求いたしません。
- 上記内容を理解し、施術を受けることを承諾します。

(※該当するものに○をつけてください)

- ・ 既往歴 (病名 \_\_\_\_\_ )
- ・ 妊娠 \_\_\_\_\_

(※内容を承諾いただけましたら、ご署名をお願いいたします)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご署名 \_\_\_\_\_