

デンタルエステ施術同意書

※デンタルエステは病気そのものを治すためのものではなく、体内の動きをよくしていくことで、自然治癒力や免疫力を高めるためのマッサージです。

※マッサージの効果には、個人差がございます。

※持病がおありの方、歯肉の手術などをお受けになったことのある方は事前にスタッフにおっしゃってください。

場合により専門医の許可がないと施術できないこともございます。

※薬剤、化粧品などのアレルギーをお持ちの方、また妊娠中の方には施術できません。

※マッサージ中、万が一痛みやかゆみを感じた場合は、すぐにおっしゃってください。

〈 ご質問 〉

- ① 現在、服用中のサプリメントやお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)
 薬剤や化粧品でアレルギー症状を起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
 「はい」とお答えの方に、お聞きします。

(どんなものを： _____)
 (いつごろから： _____)

- ② インプラントやお口の中の外科的手術を受けられたことはありますか？ (はい ・ いいえ)
 「はい」とお答えの方に、お聞きします。

(場所(例、右下奥)： _____)
 (いつごろ： _____)

- ③ 現在、持病などで通院されていますか？ (はい ・ いいえ)
 「はい」とお答えの方に、お聞きします。

(どんな病気で： _____)
 (いつごろから： _____)

上記の内容を確認し、承諾のうえ、施術を申し込みます。

年 月 日

フリガナ お名前		生年月日	年	月	日
		電話番号	-	-	
住所	〒 -				

※ご記入いただいた個人情報は、当院の利用目的の範囲内で取り扱わせて頂きます。