妊娠中の方へ

～ご協力のお願い～

ご来店いただき、誠にありがとうございます。
当店では、妊娠中のお客様に万全の配慮をし、安全な施術をご提供しております。
トリートメントを快適にお受けいただき、かつ、安全上の万全を期すため、
以下の内容をご確認いただき、ご署名をお願いしております。

＊下記の禁忌の症状に該当される方は、お客様の安全のために施術をお断りさせていただいております。
また、相対禁忌に該当される症状がある方は、医師の許可を得ていることを前提に施術をさせていただきます。

【禁忌】
・妊娠高血圧症
・医師から安静を勧められている

【相対禁忌】
□ お腹の張り、痛み
□ ひどいつわり
□ 逆子
※相対禁忌の項目に該当される方は✓□を入れてください。

同意書

私は、貴店にて施術を受けるにあたり、禁忌に該当する疾患がなく、
また、相対禁忌に該当する症状については、施術を受けることに対して医師の許可を得ています。
このほか、健康上の異常・妊娠の異常はありません。
施術中または施術後に何らかの変調をきたしたとしても、貴店及び施術者に責任追及しないことを同意します。

年月日：（西暦）　　年　　月　　日

お名前：

ご住所：

お電話：

出産予定日：（西暦）　　年　　月　　日

親権者　お名前：

※ 20歳未満のお客様（既婚の方は除く）は、親権者のサイン（自筆）が必要です。

To our pregnant customers:
임신중인 분들께
怀孕的您

~We ask for your cooperation~

협력의 부탁　怀孕的您

Thank you very much for visiting our shop.
At this shop, we give thorough consideration to our pregnant customers, and the treatment we offer is safe.
In order to receive an enjoyable treatment, and to completely ensure your safety,
we ask that you review the information below and provide your signature.

우리 가게를 찾아주셔서 진심으로 감사드립니다. 우리 가게는 임신중인 분들에게 만전의 배려와 안전한 시술을 제공하고 있습니다.
트리트먼트를 쾌적하게 받고 또한 안전상 만전을 기하기위해 이하의 내용을 확인하셔서 서명 해주시기를 부탁드리고 있습니다.

感谢您的来店。
本店会考虑您的身体情况，进行安全的施术。为了让您舒适的进行护理，加上安全的护理，请您确认一下的内容，签名。

*For our customers' safety, we refuse treatment to anyone experiencing symptoms corresponding to the following contraindications.
In addition, those experiencing symptoms corresponding to relative contraindications will be treated on the condition that they have received permission from a doctor.

*하기의 금기 증상에 해당되는 분은 손님의 안전을 위해 시술을 사절하고 있습니다.
또한 상대금기에 해당되는 증상이 있는 분은 의사의 허가를 받고 있음을 전제로 시술을 하겠습니다.

＊如果您有以下的禁忌症状，为了您的安全考虑，我们会拒绝对您施术。如果您虽然有相对的禁忌症状，但是有医生的许可的话，可以进行施术。

【 Contraindications / 금기 / 禁忌 】
・Gestational hypertension (high blood pressure) / 임신고혈압증 / 孕妇高血压症
・Recommendation of rest from a doctor / 의사한테 안정을 권고받고 있다 / 医生让您安静休养

【 Relative contraindications / 상대금기 / 相当禁忌 】
☐ Stomach tightness or pain / 복부의 팽만감, 아픔 / 肚子胀、痛
☐ Severe morning sickness / 심한 입덧 / 严重的孕吐
☐ Breech presentation of the fetus / 역아 / 胎儿倒转

*Please put a check (✓) mark next to any relative contradictions you are experiencing.
*상대금기의 항목에 해당되는 분은 체크를 넣오주세요.
＊如果您有相对禁忌的项目的话，请画勾

~Declaration of consent~

동의서　同意书

I declare, upon receiving treatment from your shop, that I am not experiencing symptoms of any contraindicated disease. Furthermore, if I am experiencing symptoms of any relative contraindication, I declare that I have obtained permission from a doctor to receive this treatment. In addition, I declare that I have no health abnormalities or abnormalities in my pregnancy.
I agree not to seek to hold your shop or its practitioners responsible in the event that any abnormalities arise during or after treatment.

나는 귀하 가게에서 시술을 받는데 금기에 해당되는 질환이 없고 또한, 상대기금에 해당되는 증상에 관해서는 시술을 받을데 대한 의사의 허가를 받고 있습니다.
이외, 건강상의 이상, 임신의 이상은 없습니다. 시술중 혹은 시술후에 무슨 변조를 일으켜도 귀하 가게 및 시술자에게 책임을 추구하지 않음을 동의 합니다.

我对于贵店的施术，没有禁忌的疾病，而且，如果有禁忌的症状，在施术前也有医生的许可。除了这些，没有健康上的异常，没有怀孕的异常。

Date of birth: / 날짜: / 出生年月日：　(year)　(month)　(day)　Name: / 성함: / 姓名：

Address: / 주소: / 住址：

Telephone number: / 전화: / 电话：　Baby's due date: / 출산예정일: / 出生预定日：　(year)　(month)　(day)

Name of parent or guardian: / 친권자 이름: / 亲权者 姓名：

*The signature of a parent or guardian (in that person's handwriting) is necessary for customers under 20 years old (excluding those who are married).
*20미만인 손님(기혼자는 제외)은 친권자의 사인(자필)이 필요 합니다.　＊未满 20 岁的客人（除了已结婚的人），需要有亲权者的（亲笔）签名。