

同意書

私は以下の条件のもとで、アロマトリートメント（アロマセラピー）を受けることを同意、承諾します。

○アロマセラピーは治療ではありません。いかなる症状についても、処置を代替するものではありません。
何か症状のある場合には医師の指示に従ってください。

○下記に該当する症状がある場合、コースをご提供できない事があります。又、アロマトリートメント（アロマセラピー）中に、下記の症状がみられた場合はアロマトリートメント（アロマセラピー）を中止する場合がありますことを承諾します。

- ・ 高血圧
- ・ 妊娠中（妊娠5ヶ月まで）・又は妊娠の可能性がある。
- ・ 風邪／その他の疾患
- ・ 炎症による発熱（37℃以上）がある方
- ・ 腹部疾患
- ・ 施術対象部位に腫瘍・湿疹等があり、炎症や痒みがある場合
- ・ 血栓／重症の内臓疾患で治療中の方（人工透析等）
- ・ 施術部位の骨折や手術などの治療から1年未満の場合
- ・ 施術部位の関節とその周囲に炎症や腫れ、痛みがある場合
- ・ 動脈瘤、ひどい静脈瘤
- ・ 飲酒中
- ・ 過去に大きな病気をしたことがあり、現在も治療中及び投薬中である場合
- ・ 著しく体力が低下している方
- ・ 出血がある
- ・ 抜歯後、1週間以内である場合
- ・ 予防接種から3日以内である場合
- ・ その他、通院中や気になる症状がある場合は、必ず事前に医師にご相談ください

○同意書は署名年月日より5年間保管され、全てのアロマトリートメント（アロマセラピー）に上記内容が有効となることに異存ありません。

年 月 日

署名
