同意書

私は、以下の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け納得した上で、アロマトリートメントを受けることに同意します。

１．アロマトリートメントは医療行為ではありません。いかなる症状についても医療行為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。

２．下記に該当する症状や事情がある場合、アロマトリートメントをご提供できないことがあります。また、アロマトリートメント中に、下記の症状がみられた場合はアロマトリートメントを中止する場合があることに同意します。

　・熱がある

　・過去に大きな病気をしたことがある

　・医師から安静をすすめられている

　・抜歯後一週間以内

　・予防接種から三日以内

　・〇〇

　・〇〇

３．施術後の効用、効果は必ずしも絶対的ではなく、個人ごとに違いがあります。副作用が発生することもあります。施術後のすべての事象に対して当社は責任を負わないものとします。不安を感じる場合は施術を受けることをお控えください。

　　　年　　月　　日

住所：

氏名：