

承諾書

茶屋町皮フ科クリニック院長殿

診療内容 ピアス

- ※妊娠されていますか？ (はい ・ いいえ)
- ※授乳されていますか？ (はい ・ いいえ)
- ※発熱や咳の症状はありますか？ (はい ・ いいえ)
- ※体質によりピアスが合わない場合があります。そのときはピアッシングをご遠慮していただくことがあります。
- ※瘢痕（傷跡やしこり）を残すことがあります。
- ※稀に、ピアスが貫通せず再度開け直しを後日（2週間後以降）にさせて頂く場合がございます。
- ※ピアッシングの位置はご自身で納得された場所にさせていただきます。後日位置変更の申し出があった場合は、別途料金がかかります。また、ピアスホールが閉じるまでお待ち頂くこともあります。
- ※ファーストピアスは約2ヶ月外すことができません。
- ※2ヶ月未満で、自己判断で外された場合は、ピアスホールが閉じる可能性があります。
- ※腫れ、浸出液など炎症が生じた場合は、ピアスを外さず早めに来院して下さい。

年 月 日

耳たぶのピアッシングを受ける事を同意致します。

(耳たぶ以外は行っていません)

フリガナ

患者氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 S・H 年 月 日 (_____ 歳)

郵便番号 _____

住 所 _____

携帯番号 _____

身分証

同意書

同伴

※20歳未満の方のみご記入下さい

親族または代理者（親権者、父母、保護義務者）

透明 ×

ゴールド ×

シルバー ×

氏名 _____

住所 _____

※お持ち頂いた順番により、お呼びする番号が前後しますのでご了承ください。