

ピアス・軟骨ピアスに対する同意書

ピアッシングの施術において起こりえる合併症・後遺症については医療過誤とはなりえないことを下記の内容を含め十分理解しました。異議申立ては致しません。

- ① ピアスの穴開けにより細菌感染による化膿、ヘルペスなどのウイルス感染がおこる事があります。
- ② 金属アレルギー対策の為チタン・樹脂のピアスを用意していますが、アレルギーの発生をすべて抑える事は出来ません。
- ③ ピアスの穴開けにより、体質によってピアス周囲にしこりが出来る事があります。
- ④ ケロイド体質の方は、ピアス周囲の皮膚が赤く盛り上がる可能性があります。
- ⑤ 軟骨部分にピアスをあけた場合、感染などにより軟骨部位が変形する事があります。
- ⑥ ピアスとキャッチの幅を狭くすると、ピアスあるいはキャッチが皮膚の中に埋まってしまう場合があります。
- ⑦ 稀に、ピアスが貫通せず開け直しを後日（2週間後以降）にさせて頂く場合があります。
- ⑧ ピアッシングの位置はご自身が納得された場所にさせて頂きます。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。
- ⑨ 耳たぶファーストピアスは約 2 ヶ月間、軟骨ファーストピアスは約 3 ヶ月間外すことが出来ません。
- ⑩ 期間以内に、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。
- ⑪ 腫れ、浸出液など炎症が起きた場合は、ピアスを外さず早めに来院して下さい。

※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)

※発熱等の体調不良はないですか？ (はい ・ いいえ)

ピアスをあけるにあたり、ピアスをあける危険性について理解しピアスをあける事を同意します。

同意日 令和 年 月 日

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 _____

身分証明書

同伴

耳たぶ

透明 ×

ゴールド ×

シルバー ×

※18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）

軟骨

ゴールド ×

シルバー ×

氏名 _____

住所 _____

ご記入・お印終わられましたら、受付までお持ちください。

※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。