

ピアッシング同意書

当院では医療行為として耳たぶへのピアス穴あけを行っております。
以下の内容をご確認いただき、ご理解・同意のうえ施術をお受けください。

■施術について

医療用ピアッサー（滅菌済みファーストピアス）を使用し、耳たぶにピアスの穴を開けます。

施術は医師が行います。

■ファーストピアスについて

当院では以下のファーストピアスを使用しています。

チタン 樹脂

※金属アレルギーのある方には樹脂ピアスを推奨しております。

■起こりうる症状・合併症

痛み、腫れ、赤み、出血、感染（化膿）、金属アレルギー、しこり（肉芽形成）、ケロイド形成、アスホールの変形や位置ずれ

■施術後の注意事項

・ファーストピアスは1~2か月は外さないでください

（ピアスホールが完成するまでに1~2か月かかります）

- ・1日1回洗浄してください
- ・強く引っ張らないようにしてください
- ・異常（痛み・腫れ・膿など）があれば受診してください

■施術対象

未成年の方は保護者の同意が必要です。

■確認事項（チェック）

- 金属アレルギーはありません
- ケロイド体質ではありません
- 現在、耳に炎症や皮膚疾患はありません
- 持病・内服薬について申告しました

■同意書

私は本施術について説明を受け、内容を理解したうえで施術に同意します。

施術日： 年 月 日

氏名：

生年月日： 年 月 日

住所：

電話番号：

署名：

【未成年者の場合】

保護者氏名：

続柄：

保護者署名：

桜木皮膚科