

ピアス同意書

【注意事項】

- 1 当院では、医療用ピアッサーを用いてピアッシングを行っております。その際麻酔は行っていません。ピアッシング部位は耳たぶのみです。
- 2 当院でのファーストピアスは24Kゴールドコーティングもしくは医療用ステンレスの取り扱いとなっております。
- 3 ピアスの穴をあけると、体質により周囲にしこりができることがあります。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ので、当院ではお勧めしていません。
- 4 耳たぶの端の方にピアスの穴をあけることを希望される場合、耳たぶが裂けてしまう(外傷性耳垂裂)可能性がありますのでお勧めできません。また当院では、へそピアスや軟骨部位のピアッシングは行っておりません。
- 5 ピアスの穴の完成は個人差がありますが、約1ヶ月と考えてください。その間はファーストピアスを取り外さないで下さい。
- 6 まれにピアスの穴を開けた後に化膿することがあります。腫れ、痛み、赤み、熱感などがありましたら、速やかに当院へご来院ください。

【確認事項】

- 1 ピアスの穴あけ部分は軟骨以外ですか？ はい・いいえ
- 2 穴あけ後、1ヶ月はピアスを外すことができませんが同意して頂けますか？
はい・いいえ
- 3 ご希望部位を選択して下さい。 両耳 片耳(右・左)
上記説明を理解し施術を受けることに同意します。 年 月 日

住所 〒

電話番号

生年月日 年 月 日

ふりがな

氏名(本人)

保護者氏名(未成年の場合)

わたなべ皮ふ科 渡部 昌利