

ピアスの穴あけについての同意書（未成年用）

医療法人社団 杏月会

本厚木駅前内科・皮膚科クリニック

医師名 _____

私 _____（親権者）は _____（未成年申込者）が、ピアスの穴をあけるにあたり、下記の合併症・後遺症につきまして十分に理解した上で、本厚木駅前内科・皮膚科クリニックで申込者がピアスホールをあけることに同意します。

- ・ピアスの穴あけ後、細菌・ウイルスなどに感染し、腫れ・赤み・痛み・熱感などの炎症症状や化膿をおこす可能性があります。
- ・金属アレルギーをお持ちのかたにも対応できるチタンや樹脂のピアスを使用していますが、必ずしもアレルギーが生じない訳ではありません。
- ・金属アレルギーがある場合、ご自身でピアスを購入の際は、チタン製であってもアレルギーの発生をすべて抑えるわけではありませんので、ご注意ください。
- ・体質によっては、ピアスの穴あけをしてから、周囲にしこりが生じる場合があります。
- ・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。
- ・耳たぶの下の方やキワにピアスの穴をあけると、耳たぶが裂けてしまうことがあります。
- ・ピアスの穴をあけた後に出血することがあります。
- ・ピアスとキャッチをきつく締めすぎると、ピアスまたはキャッチが皮膚の中に埋まってしまう可能性があります。
- ・ピアスホールの完成には、体質にもよりますが1～2か月かかります。その間はファーストピアスをつけたままにしてください。ピアスを外してしまうと穴が閉じてしまいます。ピアスとその周辺が湿っている場合は、まだピアスホールが完成していません。
- ・耳たぶの形状や性質上、ピアスを開ける際ご希望の位置と誤差が生じる場合があります。
- ・ピアスホールをあけることに失敗することがあり、その際の補償はいたしかねます。
- ・感染や耳たぶが裂ける等のトラブルが発生した場合、治療には別途料金（保険適用）が発生します。
- ・施術に当たり親権者の方に確認の電話をさせていただくこともありますので、ご了承ください。

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名（申込者本人自著） _____

住所 _____ 連絡先 _____

氏名（親権者本人自著） _____ ㊞

住所 _____ 連絡先 _____