

ピアスの穴開け(ピアスホール処置)同意書

20歳未満でピアスの穴開けをご希望の方は、原則として保護者様の同伴が必要です。

やむをえず同伴できない場合は、こちらの同意書に保護者様直筆のサインをした上でご来院ください。

私_____ (親権者)は、_____ (未成年申込者)がピアスを開けるにあたり、下記のことを十分に理解した上で、貴院において申込者がピアスホールを開ける事に同意致します。

- ・耳たぶの形状や性質上、ピアスを開ける際にご希望の位置との誤差が生じる場合があります。
- ・ピアスの穴開け後、化膿等の感染が起こることがあります。
- ・金属アレルギーがある場合、当院でご用意している、医療用プラスチックのピアスをおすすめしております。
- ・ピアスの穴開けをしてから、体質によってピアスの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。
- ・ピアス穴の完成は、体質によって異なりますが、大体の目安として1ヶ月半から2ヶ月くらいです。
- ・耳たぶにピアスを開けた場合、ご自身でセカンドピアスを購入される際に大ぶりの物や引っかかりやすい物などを選ばれますと、穴が裂けてしまう可能性がありますのでご注意ください。
- ・数か月はピアスを外したままにすると、次のピアスが入りにくかったり、穴が閉じてしまいますので、その場で付け替えるようにしてください。ホールが塞がってしまい再度の穴開けを希望される方も、別途ご料金を頂きます。
- ・痛みやしびれ感が長引くことがあります。徐々に落ち着きます。
- ・稀にピアスを開ける際、気分不良を起こす場合があります。稀ですが出血する場合があります。

(同意書記載日) 年 月 日

氏名(申込者本人自署): _____

住所: _____

(同意書記載日) 年 月 日

氏名:(親権者自署): _____ 印

住所: _____

* 20歳未満に相当する年齢の方を対象として実施するピアスの穴開けにおいて保護者の方が同伴しない場合に必要となるものです。保護者様の署名がないとピアスの穴開けは実施できません。

皮膚科カメリアクリニック