

年 月 日

## 承諾書

### 山本可菜子皮膚科クリニック宛

私は、(氏名) \_\_\_\_\_ がピアッシングを行う  
(患者様生年月日 年 月 日)

ことを承諾いたします。

承諾者氏名 \_\_\_\_\_ 印

承諾者住所 \_\_\_\_\_

申込者との関係 \_\_\_\_\_

この同意書を治療時にお持ちください

(ピアス受診時の注意事項)

※体質によりピアスが合わない場合があります。そのときはピアッシングをご遠慮していただくことがあります。

※瘢痕を残すことがあります。

※持病をお持ちの方で血液凝固抑制剤を内服されている方は医師にお申し付け下さい。(主な疾患 脳疾患、心疾患など)

※ピアッシング部分に赤み、痛み、出血、膿、痒みなどが生じた場合は早めに来院してください。