

耳へのピアスに関する承諾書

山本可菜子皮膚科クリニック院長殿

年 月 日

- ※ピアスの陥没・排出・肉芽形成・発熱・リンパ節腫脹・しこり・裂創・ピアス穴の閉塞・瘢痕が残る等の症状が起こる場合があります。ピアストラブルによる合併症は保償致しかねますので、ご了承下さい。
上記症状が生じた場合は今後ピアッシングをご遠慮いただきます。
- ※血液凝固抑制剤を内服されている方、ケロイド体質の方、アトピー性皮膚炎や金属アレルギーをお持ちの方、妊娠中・授乳中の方はお申し付け下さい。ピアッシングをご遠慮頂く場合があります。
- ※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。
- ※耳の形状や性質上、ピアスをあける際にご希望の位置との誤差を生じる場合があります。
- ※ピアスを開ける位置はご自身で決定していただきます。開け直しをご希望される場合はピアッシング後の位置確認の際にお申し出ください。
(開け直しをする場合はその場でピアスを外し1ヵ月後にピアッシングを行います) 施術後の開け直しは有料となりますのでご了承ください。

ピアッシングを受ける事を同意致します。

患者氏名 _____
生年月日 _____
住 所 _____

親族または代理者

(親権者、父母、配偶者、保護義務者、その他)

氏名 _____
住所 _____
続柄 _____

ピアッシング後 位置・向き確認し了承します

山本可菜子皮膚科クリニック