

# 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

- ※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。
- ※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 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_

親族または代理者  
(親権者、父母、配偶者、兄弟姉妹、保護義務者、その他)

氏名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

□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