

同意書

☆当クリニックでは、ファーストピアスをされる方に注意事項を十分理解していただき、同意・了解を得て施行致します。

下記の注意事項をお読みいただき、ご理解を得た上でご署名をお願いします。

《注意事項》

- 当院では、金属アレルギー対応のチタン製、医療用ステンレス製、樹脂製ピアスを使用させていただきますが絶対にかぶれないという保証はありません。
- ピアスホールが化膿することがあります。抗生剤の軟膏・飲み薬を処方させていただきますが、化膿し痛み・腫脹・出血することがあります。当院で、治療も行えますので保険証を持参し来院して下さい。
- ケロイド体質のかたは、まれにピアスホール部にしこりができる場合があります。ケロイド体質の旨を主治医にお伝え下さい。
- ピアスホールが完成するまで約1ヶ月～1ヶ月半かかります。その間は、ファーストピアスを外さないでください。
- 希望する場所にピアスの穴をあけるように努めますが、場所によってはおあけすることができないので場所変更をお願いすることがあります。
- 以上の理由以外にもピアスの穴をあけることに不測の事態が生じる可能性があります。補償はいたしかねます。

平成 年 月 日

上記の注意事項を十分理解し、ピアスを開けることに同意します。

ピアスをあける部位： _____カ所

氏名： _____

上記の申込者が未成年であることから保護者として貴院において施術を受ける事に同意致します。

続柄 << >>

氏名： _____