

ピアス(耳)同意書

ピアスの穴開けの施術において起こり得る合併症・後遺症については、『医療過誤』とは成り得ないことを下記の内容も含め十分ご理解いただくようお願い致します。

- ◆ピアスを外したままにしていると、ピアス穴は閉じていきます。
- ◆ピアス穴を開ける際に出血することがあります。
- ◆ピアスの穴を開けることにより細菌・ウイルスなどに感染し、腫れ・赤み・痛み・熱感などの炎症症状や化膿・ヘルペスなどのウイルス感染を起こすことがあります。保険診療による抗生剤投与等で治療が可能となりますので、異常時は早めに受診ください。
- ◆耳たぶ下部辺縁にピアス穴を開けることを希望する場合、引っ掛けるなどして裂けてしまう可能性がある為、避けることが望ましいと思われれます。
- ◆ピアスの穴の完成は体質や個人差もありますが、大体の目安として1～1.5ヶ月とお考えください。
- ◆当院では医療用チタン製ピアスを使用しています。チタンは通常の金属よりアレルギー反応が起きにくい性質となっておりますが、必ずしもアレルギーが生じない訳ではありません。
- ◆ケロイド体質の方などはピアスの周囲の皮膚が赤く盛り上がることもあり、体質によってはピアスの周辺にしこりが生じる場合があります。
- ◆感染や、耳たぶが避ける等のトラブルが発生した場合、治療には別途料金が発生します。
- ◆耳の高さ・大きさ・傾きは個人差がありますので、後ろ側の留め具の位置が必ずしも左右対称にはなりませんのでご了承ください。
- ◆極力、ご希望に沿った場所への穴開けをさせていただきますが、穴開け後の場所の変更などは対応を致しかねます。
(開け直しをご希望の際は別途料金が発生します)

【施術を受けられる方へ】

- ① 治療中の疾患や内服中の薬がある場合、必ずお申し出ください。 (お薬手帳があればご提示をお願いします)
なお、2回目以降に施術を受けられる際、新たに疾患や薬を服用され始めた場合も必ずお申し出ください。
- ② 妊娠・授乳中は施術をお受けいただけません。
- ③ **未成年の方は保護者の同意が必要となります。** (小学生以下は施術できません)
下記の同意誓約書へ、保護者直筆の署名と捺印(シャチハタ不可)をお願いいたします。
【 20歳未満→保護者 署名 / 中学生→保護者 同伴・署名 】

心配なことがある場合は必ず医師の診察をお受けください。適切に処置いたします。

結果には個人差があります。特に美容に関してはその人の生活習慣(煙草、紫外線を浴びやすい環境など)によって左右される場合があります。いかなる場合も返金には応じませんのでご了承ください。

『当院での治療に関する同意誓約書』

私は、上記内容に不明点なく、疑問点は質問し、その説明を受け、治療方針や治療内容を全て理解し、納得のうえ、ピアッシングを受けることに同意・誓約を致します。

所在地: 京都府相楽郡精華町祝園西 1-9-46 せいかガーデンシティ 2F

病院名: 医療法人 勇貴会 ともスキンケアクリニック 院長 太田 智子

同意誓約日: 年 月 日 患者氏名: _____

保護者氏名: _____ (印)