

ピアッシング（耳たぶ）について

患者番号 _____ 患者氏名 _____ 様

★20歳未満でピアスの穴あけをご希望の方は、原則として保護者の同意が必要です。保護者直筆の署名入りの同意書をご持参の上、ご来院下さい。

★15歳以上を対象（中学生不可）に施術致します。18歳未満の方は保護者の同伴が必要です。

★ピアスの穴あけの施術において起こり得る合併症・後遺症については、医療過誤とはならないことを下記の内容も含め十分ご理解頂く様、お願い致します。

●ピアスを外したままにしていると、ピアス穴は閉じてしまいます。ピアス穴の完成は個人差がありますが、大体の目安として約4～6週間とお考え下さい。

●ピアス穴を開けることにより、腫れ・赤み・痛み・熱感などの炎症症状を起こすことがありますが、保険診療による治療が可能です。異常時は早めに受診ください。

●ケロイド体質の方は、ピアス穴の周囲が赤く盛り上がる場合があります。

●ピアス穴の周辺にしこりができる場合があります。

●耳たぶ下部にピアス穴を開けることは、引っ掛けるなどして裂けてしまう可能性があります。

●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下さい。

ピアッシング（耳たぶ）について

同意書

もりうち皮膚科医院 院長 殿

私は、ピアス（耳たぶ）の穴あけについて、十分説明を受けるとともに質問する機会を得ました。ピアッシングを受けることに同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

施術を受ける方の署名

保護者の署名

続柄

説明した医師・看護師
