

## ピアス穴あけ同意書・説明書

フリガナ	記入日	令和	年	月	日	
氏名	男・女	昭和 生年月日	平成 令和	年 満	月 歳	日 カ月
〒 住所	携帯電話番号	—	—			
	電話番号	—	—			

## ■薬で副作用がでたことはありますか？

はい いいえ  
→薬品名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

## ■以下、当てはまるものに○をつけてください

ケロイド体質 : はい ・ いいえ  
金属アレルギー : はい (成分 : \_\_\_\_\_) ・ いいえ  
抗血栓薬・抗凝固薬内服 : はい ・ いいえ

## ■合併症・注意点 必ずお読みください

出血  
感染症（患部が腫れる、化膿する）  
疼痛  
ケロイド（ピアスホール周囲の皮膚が赤く盛り上がる）

\*耳の形は左右差があるため、ホールの位置に多少のずれが生じる可能性があります。  
稀に希望通りの位置や角度に刺さらないことがあります。  
\*感染等の治療が生じた場合は保険診療となります。来院の際は保険証をお持ちください。  
\*ピアスガンを使用の場合、器機構造上の使用のわずかな誤差で施術時にピアス軸が曲がる等、  
適切に穿孔されないケースがごく稀にあるとメーカーより情報提供がありました。（発生頻度不明）  
トラブルが生じた際は、局所麻酔の使用やピアッサーに切り替える等の追加処置を要する  
可能性があります。

■料金 片耳：4,400円 両耳：7,700円 耳軟骨ピアス：12,100円（診察代・消毒液・税込み）  
予約制（施術をしていない曜日があります） クリニックTEL：0545-60-8880  
18歳以下の方は必ず保護者の方と受診してください。

上記の内容について、十分に内容を理解しました。 担当医師（ \_\_\_\_\_ ）  
その上で、自己の責任において施術を受けることに同意いたします。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名(18歳以下の場合) \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)