

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 年	満 月	日 歳 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： _____

はい いいえ

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)

登録の有無 当てはまるもの○をつけてください

Instagram / LINE / 無し

* 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。

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外診療となります。

* 局所麻酔を用する処置は 6,600 円、初診料 3,300 円、お薬代が別途かかります。

* 18 歳以下の方は必ず保護者の方と受診してください。

* 料金 片耳 5,500 円 両耳 8,800 円 軟骨ピアス 15,400 円 (診察代・麻酔代込) (税込)

クリニック TEL 0545-60-8880

上記の内容について、十分に内容を理解しました。 医師 原 みずき

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 _____)