

ピアス施術同意書

ピアスをあけることによる、
下記の合併症・後遺症についてよく読んで同意をお願い致します
(読んで理解しましたら、□にシ点チェックを入れてください)

- ケロイド体質の方は、ピアスの周囲の皮膚が赤く盛り上がる場合があります
- ピアスの穴をあけることで、細菌やウイルスなどに感染し、腫れ、痛み、赤み、熱感などの炎症反応が起きやすくなる場合があります
- 体質によっては、ピアスの周囲にしこりができる場合があります
- ピアスの穴をあけた後に、出血する場合があります
- チタン製ピアスを使用していますが、まれにアレルギーを起こす場合があります
(当院ではチタン製、ポスト直径1.3mmのものを使用しています。)
- ピアスをつけている間は常に感染のリスクがあります
- ピアスを同じ位置に放置しておくとう皮膚の中に埋まってしまう場合があります
- 耳たぶの下の方やキワにピアスの穴をあけると耳たぶが裂けてしまう場合があります
- ピアスホールの完成は、体質によって異なりますが6週間程度かかります。その間にピアスが外れてしまうと穴が塞がる場合があります。
- ピアスとその周辺が湿っている場合は、まだピアスホールが完成していません。その間はしばらく消毒及び洗浄を続けてください

① 希望部位・個数(色：ピンク・クリア・ブルー※メディカルエルスト株式会社取り扱い製品)をご記入ください。

右耳 _____ 個(色： _____) 左耳 _____ 個(色： _____)

② 消毒セットは 必要 ・ 不要 (当てはまる方に丸をつけて下さい)

以上のことを理解した上で、ピアスをあけることに同意します

日付 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ナビタスクリニック立川 殿

署名 _____