

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	平成	年	月
		令和	満	歳	日
〒	携帯電話番号	-	-		
住所	電話番号	-	-		

■薬で副作用がでたことはありますか？

はい → 薬品名： _____ 症状： _____

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）

* 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。

* マーキングはご自身でお願いしております。マーキング部位のご相談、位置決めを診察医に相談される場合は、別途診察料として1000円がかかります。

■料金 片耳：3,850円 両耳：6,600円（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：03-5888-6961

18歳未満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。 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 _____

(続柄 _____)



医療法人社団 泰晴会

みずき皮膚科クリニック