

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	昭和	平成	年	月	日
男・女	生年月日	令和	満	歳	カ月
〒	携帯電話番号	-	-	-	-
住所	電話番号	-	-	-	-

■希望する治療内容： 耳たぶピアス 軟骨ピアス（トラガス含む）

■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）

*軟骨ピアスは局所麻酔を施し、特殊な医療用針を使用する処置となります。

*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。

*あける場所にご希望のある方は受付にお伝えください。

■料金 片耳：4,400円 両耳：7,700円 軟骨ピアス片耳：12,100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。 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