

## 同意書

この用紙は今回受けられる施術についての注意事項が記載されています。下記の内容について十分にご理解とご納得をされた上で、施術をお受けになって下さい。またご不明な点、ご質問等ございましたらご遠慮なくお尋ね下さい。

### [合併症・後遺症について]

下記の施術で起こりえる合併症・後遺症につきましては、「医療過誤」とはなりませんのでご了承下さい。

- ①ピアスの穴をあけてから、細菌によって化膿したり、ヘルペスなどのウイルスによって感染することがあります。腫れ、痛み、赤み、熱感などの症状がありましたら、すぐに当院へご連絡下さい。
- ②当院では金属アレルギーに対応したピアスを使用しておりますが、アレルギーが絶対的に生じないわけではありません。
- ③ピアスの穴をあけてから、体質によってはピアスの周囲にしこりができることがあります。
- ④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可能性があります。
- ⑤ピアスとキャッチ（留め金）の幅を狭くすると、ピアス、あるいはキャッチが皮膚の中に埋まってしまう可能性があります。
- ⑥耳たぶの「きわ」にピアスの穴をあけることを希望される場合、耳たぶが裂けてしまう可能性があります。
- ⑦ピアスをつけている間は、常に感染の危険性があります。
- ⑧ピアスホールをあけることに失敗することがありますが、その際の補償はいたしかねます。

以上、上記の注意事項を承諾した上で、ピアスの穴あけに同意いたします。

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_

※高校生以下の方に

保護者の方に同意して頂いたサインをもらって来てください。

保護者氏名（自署） 続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日