

ピアッシングの同意書

18歳未満でピアスの穴開けをご希望の方は、原則として保護者様の同伴が必要です。
やむをえず同伴できない場合は、同意書に保護者様直筆のサインをした上でご来院下さい。

- この処置はピアスを通すための穴をあける処置です。
- 麻酔をする場合は、局所麻酔の後に実際に穴をあける処置を行うため施術時に痛みはほとんどありません。

麻酔あり=局所麻酔をしてから穴をあける処置を行う。

※以前に麻酔や処置を受けた際に気分が悪くなったことのある方

今までに全く麻酔を受けたことのない方はあらかじめお知らせ下さい。

また、現在服用中のお薬がある方、薬物アレルギーのある方は処置前にお申し出下さい。

ピアッシング後の注意

- この処置はピアスを通すためピアッシング後、1ヶ月は自己消毒して下さい。(へその場合は2か月)(舌の場合は、市販のうがい薬で毎食後うがい)
- 1日2回・2〜3回、動かして下さい。
- 1日1回入浴時に処置部はシャワーで洗い流し、清潔にして下さい。
- ピアスホールが完成するまでは、外さずにつけたままの状態にして下さい。耳たぶのピアス・軟骨ピアスは1ヶ月程度。へそピアスは2ヶ月程度。
- 赤味・熱感・腫れなどがある場合にはご自分で処置をせずに早めに当院までご連絡の上ご来院下さい。

私（及び保護者）は、上記に事項について理解し、ピアッシングを受けることに同意します。

日付：令和_____年_____月_____日

住所：_____

TEL：_____

氏名：_____（保護者氏名：_____（印）

未成年の方が治療、施術を申込の際には、親権者の同意が必要になります。

同意書をプリントして頂き、漏れなく記入・ご捺印の上、来院時にご提出をお願い致します。

※治療、施術の内容によっては、親権者（法定代理人）の同伴が必要となります。なお、中学生以下の場合は保護者の同伴が必要です。

※プリントアウトできない場合は同じ内容を記入したものをご持参ください。

プリントアウト出来ない場合、以下いずれかの方法をご利用ください

- 1.当日保護者と同伴し、サイン、押印してください。
- 2.保護者、本人ともに同意書をよく読んでいただき、ご自分で同意書を作成して下さい。

この際には、以下の文章を必ず記入して下さい。

「貴院のピアスに関する同意書の内容を熟読し、同意しました。」

そして日付、本人氏名、保護者氏名のサイン、押印してお持ち下さい。

プリントアウトができない場合は、お手数ですが、保護者の方に白紙に一字一句同じものを書き写していただき、必ず保護者の方の署名と認印の押印をし、そちらをご持参下さい。また、その場で保護者の方に電話で確認をさせていただく場合がありますので、ご協力の程よろしくお願いたします。印刷できない場合は、同様の内容の書面を親権者に書いていただいで下さい。なお、当日親権者とご一緒にご来院の場合は不要です。

気になることがございましたら、
電話にてお問い合わせください。

セレナ美容外科 TEL:072-845-7720