

ピアスの穴開け同意書

※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、こちらの同意書に保護者様直筆のサインをした上でご来院ください。

- ピアス穴を開けた際に出血することがあります。
- ピアスの穴をあけることにより、細菌・ウイルスなどに感染し、腫れ・赤み・痛み・熱感などの炎症症状をおこすことがあります。
- ピアスを留めているキャッチを強くしめすぎると、ピアス・あるいはキャッチが皮膚の中に埋まってしまうことがあります。
- ピアス穴の完成は、体質によって異なりますが、大体の目安として、1.5ヶ月と考えてください。
- ケロイド体質の方などは、ピアスの周囲の皮膚が赤く盛り上がる場合があります。
- 感染や、耳たぶが裂ける等のトラブルが発生した場合、治療には別途料金が発生しますのでご了承下さい

川野皮膚科医院

〒191-0031 東京都日野市高幡 1009-4 京王アンフィール高幡 1階

電話：042-599-3320 ファックス：042-599-3321

院長 船津 栄

上記説明に同意します。

(未成年の場合) 保護者署名

実施者氏名

実施者生年月日 年 月 日 (歳)