

ピアッシング同意書・申込書

当院で高校生（18歳未満の未成年様）がピアッシングを受ける場合、保護者様の承諾が必要になります。下記内容に承諾いただきましたら同意書にご署名をお願いいたします。

施術方法

患者様にお好きなファーストピアスを選んでいただき、穴を開けたい箇所に印を付け、ピアッサーで穴を開けます。麻酔は行いません。当院で取り扱っているファーストピアスは医療用チタンであるため、金属アレルギーがある方にもお勧めです。

注意事項

ファーストピアスを装着後約2か月間はピアスの取り外しはお勧めしておりません。外してしまうと穴が閉じる可能性がありますので、付け替える際は十分にお気をつけください。

消毒方法：1日2回石鹸洗浄後消毒を行い、外用剤を塗布してください。また化膿止めの抗生剤を2日間内服してください。

副作用：2次感染、ケロイド、湿疹など

ファーストピアス装着後の紛失・装着位置の変更につきましては、有料にて対応させていただきますのでご了承ください。

金額：両耳（消毒セット含む）8,800円 片耳（消毒セット含む）6,600円

別途初再診料はかかりません。

ピアッシング同意書・申込書

申込者はピアッシングについて十分に理解した上で施術に同意し施術を希望します。

申込者の法的代理人として貴院での申込者の施術に同意します。

ピアスを申し込むご本人様をご記入ください						
申込者						
住所						
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳
連絡先（電話番号）		—	—			

申込者の保護者様をご記入ください	
法的代理人名（親権者）	印
申込者との続柄	
住所	
連絡先（電話番号）	
— —	

抗生剤アレルギー（あり・なし） 内服中のお薬（ ）