

ピアッシング説明書・同意書

私は貴院で上記の治療を受けるにあたり、医師から十分な説明を受け以下の項目全てについて納得し、治療を受けることを承諾します。

- ・ピアス用穴の位置については自らマーキングした箇所にて医師がピアッシングをするバランスを見て医師との相談の上決定するものとする。
- ・私は貴院より指示される治療に関する下記注意事項を厳守いたします。

ピアッシング後のケア及び注意事項

1. ピアス用ホールをあけてから完全になるまでには約6週間かかります。その間は取り外さないでください。
2. 穴あけ用ピアスを装着している間は、入浴時にぬるま湯のシャワー等でよく洗い流してください。
3. ピアス用穴あけ箇所が赤く腫れたり、痛みがあるときは当院で対応しますので速やかにご連絡ください。
4. 6週間後特に痛み等がなければ、ご自身でセカンドピアスに変更してください。

未成年者が治療を希望される場合は、親権者または法定代理人の同意を必要とし、所定の書類を提出することを理解し承諾致します。

※ 未成年者が虚偽申告などにより治療を受けた場合、当院はその診療行為に対して一切の責任を負わないことと致します。

・特記事項

以上、書面の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け納得した上で施術を受ける手続きをしたことを認めます。

_____年 月 日
氏名 _____ 印
住所 _____
カルテ No. _____ 担当: _____