

ピアッシングの保護者同意書

ハルスクリニック 殿

下記内容・注意事項・合併症・後遺症などについて十分に納得した上で治療を同意いたします。

1. ハルスクリニックでは、医療用ピアッサーを用いてピアッシングを行っております。
その際、通常は麻酔を行っておりません。
2. ピアスを開ける位置を必ず確認して下さい。確認後の開け直しは有料となります。
3. ピアスの穴を開けてから、細菌による化膿や、ウイルスにより感染することがあります。腫れ・痛み・赤み・熱感などありましたらすぐにクリニックへご連絡下さい。診察が必要な場合は、保険診療になりますので保険証を持参し、医師の診察を受けてください。
4. 金属アレルギーをお持ちの方は、チタンピアスをお勧めしております。
しかし、前途のピアスを使用したからといって、アレルギーが絶対に生じないわけではありませんのでご了承下さい。
5. ピアスの穴を開けると、体質により周囲にしこりができることがあります。
6. 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。
7. ピアッシング当日の洗髪・飲酒はお控え下さい。
8. ピアッシング後1ヶ月間は、パーマ・カラーリングをお控え下さい。
9. ピアッシング後は消毒剤で朝晩（1日2回）消毒し、清潔に保って下さい。
10. 耳たぶの「きわ」にピアスの穴を開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。
11. ピアスの穴の完成は個人差がありますが、約1ヶ月半と考えて下さい。その間はファーストピアスを取り外さないで下さい。個人の判断で取り外し、穴が塞がった場合の責任は負えませんのでご了承下さい。
12. ピアスを外してピアスが湿っている場合は、まだ穴が完全に完成していません。その場合は、ピアスホールとセカンドピアスを消毒してからセカンドピアスを付けて下さい。その後しばらくの間は消毒を続けて下さい。

※希望の位置と数について、以下を希望します。

位置（○で囲んでください） 個数（数字を記入してください）

- ・耳たぶ : 右耳 () 個 左耳 () 個 ・軟骨 : 右耳 () 個 左耳 () 個
・トラガス : 右耳 () 個 左耳 () 個 注) トラガスは1か所につき1個になります

_____が、上記の部位にピアス施術を受ける事に同意いたします。

年 月 日 保護者名 : _____ (印) (続柄)

住所 _____