

## ピアス同意書

※18歳以下のお子様は、保護者による同意書の署名が必要です。また、中学生以下のお子様は保護者と一緒に来院ください。

1. ピアスにより体に異物(金属)で穴を開け、一定期間留置することになります。これより以下のリスクが生じる可能性があります。
  - ①感染症(化膿)：穴が完全に形成されるまで、感染のリスクがあります。膿、発赤、痛み、腫れ、熱などの症状が出る場合があります。
  - ②アレルギー：かぶれ、発赤、腫れ、かゆみなどのアレルギー反応が出る場合があります。
  - ③異物に対する拒否反応：体が異物を排除しようとする反応が出る場合があります。
2. 上記リスクにより、ピアスホールがうまく形成されなかったり、穴が変形したり、避けるなどの結果になる可能性があります。
3. 体質により、上記リスクがなくても、しこりやケロイドのような状態になることがあります。
4. 形成されたピアスホールが、将来的に閉じる可能性があります。
5. ピアスホールがうまく形成されない場合でも、当クリニックでは補償できかねます。
6. 施術後は、自宅での消毒・洗浄などのケアが必要です。ケアを怠ると感染症などのリスクが高まります。
7. ピアスホールが閉じる、またトラブルが生じた場合でも、施術料の返金・再施術は行っておりません。
8. 本同意書に記載された個人情報は、本施術および院内管理以外の目的には使用いたしません。

### 【健康状態について】

下記に該当する項目がある場合は必ずお申し出ください。(該当するものにチェック)

- 糖尿病 アトピー性皮膚炎 金属アレルギー 妊娠中・授乳中  
免疫力が低下する疾患治療中 出血しやすい体質 その他( )

### 【同意確認】

上記リスクおよび施術後の注意事項について十分理解し、自らの意思でピアス施術を受けることに同意します。

※本同意書は、施術を安全に行うための確認書です。虚偽の申告があった場合の責任は負いかねます。

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名： \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_ (未成年の場合)

アイキッズクリニック