同 意 書

この用紙は今回受けられる施術についての注意事項が記載されています。
下記の内容について十分にご理解とご納得をされたうえで施術を受けられますようお願い致します。またご不明な点、ご質問などございましたらご遠慮なくお尋ねください。

注意事項

① 当院では、医療用ピアサーを用いてピアシングを行っております。その際に基本的には麻酔を用いておりません（アイシングのみです）。
② ピアスの穴を開けてから、細菌により化膿したり、ウイルスに感染することがあります。腫れ、痛み、赤み、熱感などの症状がありましたらすぐに当院にご連絡ください。
③ 当院ではチタンピアスを採用しております。しかしながら、チタンピアスを使用したからアレルギー反応が絶対におきないとは言い切れません。金属アレルギーをお持ちの方は特にご注意ください。
④ ピアスの穴を開けた後に出血する可能性がございます。通常ガーゼなどで圧迫することにより出血が止まりますが、万が一出血が止まらない場合はすぐに当院にご連絡ください。
⑤ ピアスの穴をあけると、体質にもよりますが周囲が赤く盛り上がる、またしこりができる場合がございます。
⑥ ピアスの穴の完成は１ヶ月前後と個人差がございます。ピアスをはずしてピアスが湿っている場合はまだ穴が完成しておりません。その場合穴とピアス双方を消毒してからピアスを付けてください。その後しばらくは消毒を続けてください。

平成　　年　　月　　日

上記説明に対して理解・納得し、（本人名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が施術を受けることについて同意致します。

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人生年月日　　S・H　　年　　月　　日生まれ

氏名（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）　印＿＿＿　続柄＿＿＿＿