

# 未成年のピアス穴開けに関する同意書

20歳未満の方でピアスの穴開けをご希望の方は原則として保護者の方の同伴が必要となります。やむ迫えず同伴できない場合は、保護者様直筆のサインをこちらの同意書にご記入頂きお持ちください。

- ・ピアッシングには医療用ピアッサーを使用しています。麻酔は行っていません。
- ・金属アレルギーにも対応した純チタン製のピアスを使用しています。
- ・施術後は赤み、腫れ、痛み、熱感等の炎症症状や、細菌やウイルスによる感染を起こす可能性もあります。
- ・上記炎症・感染予防のために、施術後は当院よりお渡しする軟膏で消毒し、清潔に保ってください。
- ・体質によってはピアスホールの周辺にしこりができることがあります。
- ・ピアスホールが完成するまでには個人差がありますが、1ヶ月～1ヶ月半が目安です。その間ファーストピアスは外さないようお願いします。外してしまうとピアス穴が塞がってしまう可能性があります。
- ・ファーストピアスが外れない場合は無理に外さず、当院にご相談ください。

上記の内容について十分に理解し、申込者がピアスホールを開けることに同意します

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

大森海岸やまもと眼科内科