

ピアッシング説明書・同意書

当院では、依頼されたピアッシングについて、以下の内容説明をいたしました。

<施術方法>ご本人にお好きなファーストピアスを選んでいただき、あらかじめつけて頂いた印の位置に穴を開けます。希望があれば、局所麻酔を行います。

***注意事項**

- 1) 約1ヵ月間は、ファーストピアスをずっと装着した状態での生活となります。途中で外してしまうと、穴が閉じる可能性があります。
- 2) 入浴時にはピアスを前後に動かして耳たぶのところによく洗いましょう。
- 3) 気にしていじると、ピアス孔の感染を起こしやすくなります。洗浄時以外はあまり触らないようにしましょう。
- 4) 2ヵ月を過ぎても、初めのうちはピアス孔が不安定で、傷つきやすかったり、狭くなりやすかったりします。半年くらいの間は、なるべく軸は太めでまっすぐのピアスを選んで装着しましょう。
- 5) ピアス孔にかゆみ、痛み、腫れなどのトラブルが生じたときには当院にご相談ください。

<備考>未成年者がピアッシングを依頼される際には、保護者の方の同意が必要です。お手数ですが、保護者同伴で来院していただくか、下記にご署名いただき当日ご持参ください。

ふじかわ皮フ科形成外科

ピアッシング同意書・申込書

私は、ピアッシングについて十分な説明を受けた上で、施術することに同意致します。

年 月 日

本人氏名（自署） _____（年齢 歳）

保護者氏名（自署） _____ 印（続柄 _____）