

ピアス施術同意書

当院では滅菌された医療用ピアスを使用しています。当院のファーストピアスはアレルギーの起こしにくい医療用ポリカーボネイトとチタン製の2種類から選ぶことができます。

※注意事項

○以下の方は治療を見合わせる場合があります。

- ・ケロイド体質の方
- ・化膿しやすい方
- ・ピアッシング希望部位に湿疹や腫瘍がある方

○施術後に、痛み・赤み・熱感などの炎症症状や、細菌・ウィルス感染などを起こすことがあります。

○アレルギーの起こしにくいピアスを使用していますが、必ずしもアレルギーを生じないわけではありません。

○ケロイド体質の方などは、ピアス周囲に皮膚が赤く盛り上がる場合があります。

○体質によっては、ピアスの周囲にしこりができる場合があります。

(同意書記載日) 年 月 日

氏名（本人自署）：

生年月日：

住所：

氏名（親権者自署）：

ご不明な点はクリニックまでお問い合わせください。

TEL 048-812-8120



たかざわ皮膚科