

ピアッシング申込書

- 学生の方ですか？（ はい・いいえ ）
○ 耳たぶのピアスです。（ 個）

クリニック使用欄

院内ピアス（ ）個 消毒液 220円

持参ピアス（ ）個 料金 ¥

中学生以下の方、妊娠中の方にはピアッシングを行っておりません。該当される方はお申し出が必要です。
また、未成年者の方（満19歳以下）は、保護者の同意（保護者本人の署名）が必要となります。
事前に以下の同意書を記載の上、受診ください。
軟骨ピアス（耳介中上部～外耳入口部の硬い部分）に関して当院は推奨しておりません。口・鼻ピアスは行って
おりません。

ピアスホール形成に関する説明・同意書

医療法人社団フィリア会 安政町メディカルクリニック
理事長 木原純一殿

私は、貴院に保護者の同意を得て来院したことを報告します。

当院では消毒の徹底、ディスポーザブルの針の使用、圧迫止血等、細心の注意を払ってピアスホール形成の処置を行います。処置により、痛み、出血、感染（化膿）や、ピアスによる金属アレルギー等の合併症が生じる可能性があります。処置後のケアや入浴時は当院の指示通りに実施してください。処置等に関する合併症に関して一切当院は責任を負いかねます。合併症の治療を行うことは可能です。その際は、保険証が必要となります。

私は、上記納得した上でピアッシングすることに同意いたします。

平成 年 月 日

住所
〒 -

氏名（必ず申し込み者本人が自署してください）

生年月日 年 月 日生 （ 才）
電話番号 （ - - ）

未成年者の場合 保護者署名（必ず保護者本人が自署してください）
保護者氏名

（続柄 ）