

# ピアスの施術をご希望の20歳未満の方

ピアスを耳に開けることは医療行為になりますので、当院では20歳未満の方がピアスを開けられる場合は、保護者の方の同意が必要となります。

今一度ピアスを開けることに対してお話し合いの上、保護者の方が一緒に来院していただくか、又は、お子様がピアスを開けることに対する同意書の文面をお書きいただき、保護者の方のお名前、ご住所、連絡先、印鑑を捺印したものを、お子様にお渡しくださいますようお願いいたします。

施術後に赤み・腫れ・痛みなどが出現した場合や、2か月以上経過しても不安定な場合は、ピアスを外さずに診察をお受けください。トラブルに対しては、保険診療での治療の対応もさせていただきますので、何かございましたらご連絡ください。

学生の方は、校則等の許可についても確認させていただいております。

## 同意書

ピアス穴あけにより起こり得る合併症の危険性について、説明を読み、十分に理解した上で、(施術を受ける者) \_\_\_\_\_ が施術を受けることに同意致します。

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名(自署) \_\_\_\_\_ 印

保護者生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_