

ピアス穴あけ説明書・同意書

* 注意事項 *

- ①はじめにアレルギーのある方、特に金属アレルギーのある方は申し出て下さい。
- ②当院ではピアスガンという装置を用いて一瞬で穴を開けますので、局所麻酔は行いません。
- ③耳たぶの形などにより端に近い所を希望された場合などは、位置を変えて頂くこともあります。
- ④約1ヶ月間は、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。
- ⑤入浴時にはピアスを前後に動かして耳たぶのところをよく洗いましょう。
- ⑥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。
- ⑦2ヶ月を過ぎても、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。
- ⑧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〉

未成年者がピアス穴あけ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、下記にご署名いただき保護者同伴でご来院ください。

ピアス穴あけ同意書・申込書

私は、ピアス穴あけ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) ふりがな

生年月日

S・H 年 月 日 (年齢 歳)

住所

〒

電話番号

保護者氏名(自署)

印 (続柄)

千里山月乃ひふ科