

ピアス施術 同意書(未成年者用)

私は、下記未成年者が貴院でピアス施術を受けるにあたり、施術内容、注意事項、起こり得る合併症について説明を受け、内容を理解したうえで施術に同意します。

記入欄

未成年者氏名: _____ 生年月日: ____年 ____月 ____日
年齢: _____歳 電話番号: _____
施術名:ピアス 施術部位: _____ 個数: _____個

1. 施術内容

ピアス孔を作成し、ファーストピアスを装着します。施術位置は事前に確認しますが、耳の形や左右差、腫れなどにより、完全な左右対称や希望どおりの仕上がりを保証するものではありません。

2. 起こり得る症状・合併症

- 1) 疼痛、出血、腫れ、赤み、内出血、熱感、かゆみ、浸出液、かさぶた。
- 2) 感染、軟骨膜炎、膿瘍、耳介の変形。経過によっては抗菌薬治療、ピアス除去、切開排膿などが必要となることがあります。
- 3) 金属アレルギー、接触皮膚炎、肉芽、肥厚性瘢痕、ケロイド、しこり、色素沈着。
- 4) ピアスの埋没、傾き、排出、引っかかりによる裂傷、孔の閉鎖、治癒遅延、再施術が必要となる可能性。

3. 施術後の注意事項

- 1) 施術部位は清潔に保ち、必要以上に触ったり、回したり、強くこすったりしないでください。
- 2) 腫れ・痛みが強い、赤みが広がる、膿が出る、発熱がある、ピアスが埋まりそうな場合は、早めに当院へ連絡してください。
- 3) ピアスは部位によりより治癒に時間がかかります。安定するまでは、寝る向き、髪、マスク、ヘッドホン、帽子などの刺激に注意してください。

4. 確認事項

- ☐ 上記の施術内容、リスク、施術後の注意事項について、未成年者本人と保護者が確認しました。
- ☐ ケロイド体質、金属アレルギー、消毒薬・麻酔薬のアレルギー、妊娠の可能性、内服薬、基礎疾患について申告しました。
- ☐ 施術後の管理を怠ると、感染や変形などのリスクが高まることを理解しました。
- ☐ 施術後の経過によっては、追加診察・処置・投薬・ピアス除去が必要となる場合があることを理解しました。

5. 保護者同意欄

上記内容を確認し、未成年者本人がピアス施術を受けることに同意します。

住所: _____

電話番号: _____

保護者署名: _____ 捺印: _____

未成年者本人署名: _____ 記入日: ____年 ____月 ____日

※ 保護者の方が来院されない場合は、記入済みの本同意書に加え、保護者の方へ確認のお電話を差し上げることがあります