ピアス保護者同意書

やました皮フ科クリニック　御中

年　　月　　日

この度、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（保護者氏名）は貴院にて、

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人氏名）のピアス穴あけについて、

下記の事項を了承した上で承諾し、依頼いたします。

◆手技の手順

1　ピアスを開けたい場所にマーキングを行います。
2　ファーストピアスの種類を選びます。
3　ピアッサーで希望の場所にファーストピアスを通します。

◆主な合併症

・疼痛・・・麻酔は行いませんので、一瞬針を通すような痛みがあります。
・出血・・・ほとんど起きませんが、まれに軽度の出血がありますので圧迫止血を行います。
・感染・・・ピアスを通した傷から感染を引き起こす可能性があります。
・感染を合併した場合は抗生剤内服が必要になったり、膿瘍形成を伴っていれば、切開排膿などの追加処置が必要となることがありますので、**1週間後に必ず再診が必要となります**。(1週間後の再診が可能な日にお越しください)

◆注意事項

・ファーストピアスは１ヶ月続けてください。
・ファーストピアスの針は市販されているピアスと比較して太くなっています。
・ファーストピアスからすぐに市販のピアスに変更した場合、ピアスの孔が十分な大きさにならない可能性があります。(場合によっては孔が閉鎖してしまいます)
・処置当日からきれいに処置部位を洗浄し、清潔を保つようにしてください。
・ピアスを開ける場所は耳介軟骨がない場所に限ります。(軟骨に対する処置は行っておりません。)

◆費　用（自費）

ファーストピアスは自費診療となり、片耳　¥3,500　　両耳　¥6,000　となります。
(費用はすべて税別です)

本人氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　続柄＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

PURE SKIN CLINIC
やました皮フ科クリニック