

ピアス施術説明同意書

【合併症・後遺症・注意事項について】

- 1、当院では、医療用ピアッサーを用いてピアッシングを行っております。その際、通常は麻酔を行っておりません。
- 2、ピアスの穴を開けてから、細菌により化膿したり、ウイルスにより感染することがあります。腫れ、痛み、赤み、熱感などがありましたら、すぐに当院へご来院下さい。
- 3、ピアスの穴を開けた後に出血する可能性があります。通常ガーゼ等の圧迫で出血が止まりますが、止まらない場合はすぐに当院へ御来院下さい。
- 4、金属アレルギーをお持ちの方は、チタン、純金、セラミックをおすすめしております。しかし、前述のピアスを使用したからと言って、アレルギーが絶対に生じないわけではありませんので、ご了承下さい。
- 5、ピアスの穴をあけると、体質により周囲にしこりができることがあります。
- 6、ケロイド体質の方は、ピアスの周囲の皮膚が赤く盛り上がる可能性がありますので、ご了承下さい。
- 7、術後は消毒剤で朝晩（1日2回）消毒し、清潔に保ってください。
- 8、耳たぶの「きわ」にピアスの穴を開けることを希望される場合、耳たぶが裂けてしまう可能性があります。
- 9、ピアスの穴の完成は個人差がありますが、約1ヶ月半と考えて下さい。その間はファーストピアスを取り外さないで下さい。ピアスはずしてピアスが湿っている場合は、まだ穴が完成していません。その場合はピアスホールとセカンドピアスを消毒してからセカンドピアスをつけて下さい。その後しばらくの間は、消毒を続けて下さい。

上記説明に対し、同意し、手術を受けることを希望致します。

年 月 日

住所：〒 _____

電話番号： _____ (_____) _____

生年月日： S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
氏名（本人）： _____ (自署)

※未成年者の場合

保護者氏名： _____ (自署) 印

わたせ耳鼻咽喉科