

同意書 ピアス穴あけ

(未成年者用)

私 (親権者)は、 (未成年申込者)が

ピアスの穴を空けるにあたり、下記の事を十分に理解した上で、貴院で、
申込者がピアスホールを開けることに同意します。

- ・ピアスの穴あけ後、化膿などの感染症を起こす可能性があります。
- ・金属アレルギーがある場合、チタン製であってもアレルギーの発生を
全て抑えるわけではありませんので、ご注意ください。
- ・体質によっては、ピアスの穴あけをしてから周囲にしこりが生じる場合があります。
ケロイド体質の方は、ピアス周囲の皮膚が赤く盛り上がる可能性があります。
- ・ピアスとキャッチ(留め具)をきつくしめすぎると、ピアス又はキャッチが皮膚の中に
埋まってしまう可能性があります。
- ・ピアスホールの完成は体質にもよりますが1~2ヶ月かかります。
その間はファーストピアノをつけたままにしてください。
ピアスを外してしまうと穴が閉じてしまいます。
- ・耳たぶの形状や性質上、ピアスを開ける際ご希望の位置と誤差が生じる場合があります。

同意書記入日 年 月 日

氏名(申込者本人様自署)

氏名(親権者様自署)

愛知県犬山市高見町5
山本皮フ科クリニック
0568-62-6855