

# 施術説明書・同意書

医療法人社団洋光会協和医院

担当医 齋間 頼子

担当

## 契約内容

施術内容:ピアスの穴あけ

ピアス種類:医療用ステンレス / チタンコーティング / ロングチタン / ミニ 消毒液 金額

特記事項 :

## 確認事項

- ケロイド体質の方
- 金属アレルギーの方

## 衛生管理

当院では、医療用のピアッシングを使用しております。  
ピアスも全て滅菌済みのものを使用しています。

## 痛み

痛みには個人差がありますが、瞬間で開けますので強い痛みではありません。

## 穴あけ部位

当院では、耳のピアスのみに対応いたしますが軟骨部位などには対応いたしません。  
穴あけ部位はご本人の希望により行います。  
耳の厚みや形には左右差があり、完全な左右対称というご希望には添えない可能性があります。  
予めご了承ください。

## 起こりうる可能性

- ・金属アレルギーのある方は、アレルギー症状とともに化膿してしまう可能性もあるため、アレルギー対応のピアスを選択して頂くようおすすめいたします。
- ・ピアッシング後、稀に耳たぶの厚さなどによってキャッチにピアスが届かない場合があります。この場合、施術者の手によってピアスを押し込みますので、多少の痛みを伴います。
- ・ごく稀に出血する場合があります。

## 施術後の注意点

- ・ピアスホールの定着の為、ファーストピアスからセカンドピアスに変えるまで約4～6週間空けてください。
- ・シャンプーやリンスは問題ありません。念入りにシャワーをかけて洗い流してください。
- ・パーマ液は刺激が強いためピアスホールが安定するまではなるべく避けてください。また、サウナや長時間の日光浴、低温環境(雪山など)もピアスが外せるようになるまではご遠慮ください。
- ・金属アレルギーがない方でも誤ったピアスの入れ方をしたり、引っかけてしまったり、アフターケアの怠りなど、いろいろな理由で炎症を起こす可能性があります。
- ・施術後1ヶ月は、細菌等による感染防止のため、献血はお控えください。

※施術に関して異常または不明な点が生じた場合は、必ず当院へご連絡後速やかに来院してください。

私は上記の内容を理解し、上記内容について納得した上で施術を受ける事に同意致します。

令和 年 月 日

同意者氏名 生年月日: 昭和・平成 年 月 日

〒 住所 ご連絡先

申込者が施術を受ける事に同意します。(施術を受ける方が未成年の場合)

保護者氏名