

ピアッシング同意書

当院では、ピアッシング(ピアスの穴を開ける)を行っておりますが、未成年(20歳未満)の方に対しては、保護者の方の同意を得た上で行っております。お手数ですが、なにとぞ御理解いただけますようお願いいたします。

未成年の方が受ける場合、同行していただいて直接説明を受けていただくか、この同意書にサインをいただくことで下記のリスクを御理解いただいたものと判断させていただきます。

ピアッシングによる起こりうるトラブル

- 傷の化膿・・・・・・・・・・・・・施術後、説明どおりの消毒を行ったとしても、ピアスの穴が化膿することはあります。その場合、ケロイドの発生を予防するためにも、無理に継続せず、一度中断して、再度開けるほうがよい結果となることが多いです。
- 金属アレルギーの発生・・・・・・ピアッシングで使うピアスの素材は、チタン合金を使用しており、アレルギーの発生は極めて少ないですが、その後使用するピアスによっては合わない金属の使用で金属アレルギーが発生することがあります。
- ケロイドの発生・・・・・・・・・・・・・ケロイドとは、傷あとの部分が盛り上がりしこりが徐々に大きくなるものです。ケロイド体質の方はピアスをお勧めしません。しかし、これまでケロイドの発生した経験のない方でも、ピアッシングの傷の経過(化膿するなど)によっては、発生することがあります。
- 粉瘤の発生・・・・・・・・・・・・・皮膚のかけらがピアスの穴の中で成長することで、皮膚のアカがたまるしこり(粉瘤)がはっせいすることがあります。

上記トラブルが発生する可能性を理解したうえで、(お子様のお名前).....
が、ピアッシングを受けることに同意します。

平成_____年_____月_____日

氏 名 _____ (印) (親権者)

住 所 _____

※コピーを一部お渡ししますので、控えとしておもちください。