＝　ピアスホール作成施術をうける患者様へ　＝

当院は下記の注意事項に同意いただけた患者様に対してピアスホール形成の施術を実施しております。
また 20 歳未満でピアスホール作成希望の患者様は、原則として保護者様の同伴または同意が必要です。

以下をお読み頂き、同意書にサインをし、提出して下さい。

◆起こり得ることや合併症：使用した薬剤（消毒液など）に対するアレルギー反応・出血・感染・腫脹・ケロイド・傷あと・左右差・後戻りなど。
その他（　　）

◆治療を通して予期しない合併症や後遺症が生じる可能性があります。これらの予防・対策には十分配慮しておりますが、万一これらが生じた場合はその治療に万全を尽くすとともに、必要に応じてしかるべき医師に意見を求め、治療を依頼することがあります。

◆合併症の治療は保険診療の対象となり、かかる費用は患者様にご負担いただくことをご了承下さい。

すがも小林皮フ科　院長　　小林道子

同意書

私はピアスホール作成の施術を受けることに同意します。
今回、ピアス施術にあたり、その内容について十分な説明を受け理解し、施術を受けることをここに同意します。その実施にともなって生じる予期せざる自体に関しても理解し、いかなる副作用、合併症などについて一切申し立てをしないことを約束いたします。

年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本人の保護者としてピアスホール作成の施術を受けることに同意します。

※２０歳未満で保護者の同伴なく同意書のみご持参の方は、ご連絡先に確認の電話をさせて頂きます。

※保護者以外のご署名は無効です。施術後に署名に関する異議申し立てがございましても当院は一切の責任を負いかねます、ご了承ください。

保護者氏名(続柄)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（連絡先 TEL）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿