

ピアス穴あけ同意書（未成年用）

私_____（親権者）は_____（未成年申込者）が、
ピアスの穴を開けるにあたり、下記のこと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いたします。

- ・ピアスの穴あけ後、化膿などの感染を起こす可能性があります。
 - ・金属アレルギーがある場合、ご自身でピアスを購入の際は、チタン製であってもアレルギーの発生をすべ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。
 - ・ピアスとキャッチをきつくしめすぎると、ピアスまた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カ月かかります。その間はファーストピアス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。
- ※ケロイド体質の方には当院ではピアスホールの作成は行っておりません。

同意書記載日 年 月 日

氏名 (申込者本人自署)

住所

同意書記載日 年 月 日

氏名（親権者本人自署）印

住所

アサイクリニック心齋橋本院
大阪府大阪市中央区心齋橋筋 2-3-24
ジャパンライフビル 3F
TEL 06-6213-9629
院長 浅井 哲