

ピアス チェックリスト・同意書

お好きなファーストピアスを選んで頂き、希望の位置に印をつけ、ピアッサーで穴を開けると同時にファーストピアスが装着されます。

1. 以下の項目にご回答ください。

① 今回が初めてのピアスである	はい	いいえ
② ケロイド体質である	はい	いいえ
③ 金属アレルギーがある	はい	いいえ
④ 抗凝固薬などの血流を改善する薬を内服している	はい	いいえ
⑤ 2ヶ月以内にX線、CT、MRIを受ける予定がある	はい	いいえ
⑥ ピアス希望部位に炎症やしこりがある	はい	いいえ
⑦ アルコール綿でかぶれたことがある	はい	いいえ

2. 以下の注意事項に関して、了解された項目の□にチェックをご記入ください。
わかりにくい場合は説明を受けた上でご判断ください。

- 約2ヶ月間はファーストピアスを装着した状態での生活になること
- 途中でファーストピアスを外すとピアスホールが閉じてしまう可能性があること
- 入浴時にはピアス部分をよく洗浄する必要があること
- 感染予防のためピアス部分をなるべくさわらないこと
- ヘアカラーやパーマは薬液の刺激が強いため、約6週間は控えること
- 2ヶ月を過ぎても初めのうちはピアスホールは不安定で傷つきやすく、狭くなりやすいこと
- ピアスが安定するまでは（半年程度）軸がまっすぐで太めのピアスを使用すること
- ピアスホールにかゆみ、痛み、腫れなどのトラブルが生じた場合は早めに受診すること
- ケロイド体質の方はピアスによりケロイド発症の可能性が高くなること
- ケロイドになったことがない方でもピアスによりケロイドを発症することがあること

以上のことを理解し同意をした上で、ピアス施術を受けることを希望します。
(未成年の方は保護者の同意が必要です)

年 月 日

本人氏名

(歳)

保護者氏名 (自署)

(続柄:)

ひたち野ファミリークリニック
TEL 029(871)8080