

## ピアス挿入説明書兼同意書

### 《特徴》

アクセサリーショップや個人での穴あけは、処置の不手際から、あけた穴の化膿や金属アレルギーを起こしやすく、また医療的対処が出来ないことから後々まで大きなトラブルに繋がりがねません。

当院では医療用具として滅菌されているピアスを使用していますので、そういったトラブルも起こりにくくなります。

また、初めての穴あけには、アレルギーを起こしにくいチタン製かプラスチック製のファーストピアスを使用します。

### 《所要時間》

約 10 分

### 《施術手順》

医師または看護師が説明→穴をあける箇所のマーキング→ピアシング

### 《施術後の注意点》

- ・ピアスをあけてから一週間は 1 日 2 回、ピアスをつけたまま消毒を行って下さい。
- ・ファーストピアスは 3 ヶ月外さずに、つけたままにしてください。その後、ご自身で購入したセカンドピアスを着用してください。
- ・挿入から 1 年以内はピアスホールが不安定なため、頻回の付け外しは控える様にして下さい。

### 《副作用の可能性》

本施術により以下の症状等が生じる場合があります。

- ・ピアス挿入部及びその周辺部位における急性炎症、化膿、出血
- ・金属アレルギー
- ・肉芽腫、ケロイド

上記の副作用や挿入部分に異常を感じた際には、必ず受診してください。医師の判断で抜去する場合もございます。フォロー時には別途フォローアップ¥2000（税抜）がかかります。

また、両耳が非対称な事もあるため、ピアスホールの位置に多少の左右差が生じる場合があります。

### 《適応注意》

易感染性のある方（重症糖尿病、ステロイド長期内服、免疫抑制剤内服など）

※全身疾患で特別治療を受けられている方は、施術の可否をかかりつけ医に確認して下さい。

※また、美容的処置・医学的処置・その他施術部位に最近受けたことのあるものに関しての自己申告をお願い致します。

いつごろ： \_\_\_\_\_

受けたもの： \_\_\_\_\_

この度、私は、銀座よしえクリニックにて、医師・看護師から上記内容にもとづき十分説明を受け、以下の事項を全て承諾し、ピアス挿入の施術を受けることに同意致します。

- ・「ピアス挿入」（上記）に記載された治療の効果・発現する可能性のあるリスクについて承諾致します。
- ・治療に先立ち、治療に関係する事柄（他の治療の受診状況・使用している薬剤の有無・アレルギー等持病や体質について・ペースメーカーやインプラントの有無・妊娠の有無・日焼けの有無・以前に同種の治療を受けた際に皮膚等に症状・トラブルが生じた事がある場合にはその具体的内容）について申告し、その内容により治療ができない可能性があることを承諾致します。
- ・治療後のご自身の処置（軟膏塗布・テープ保護・UVケアなど）の重要性について理解し、承諾致します。
- ・治療効果の確認の為に写真撮影について承諾致します。
- ・効果の出方や効果の持続期間については個人の皮膚の性質・皮膚の状態・加齢の状態により差異が生じることを理解し承諾致します。
- ・十分な効果を期待する場合、複数回の治療を必要とすることが予測され、その都度料金が発生することを承諾いたしました。また、治療効果や必要な治療回数には個人差がある事を理解し承諾致します。
- ・コースや回数券で購入したものを患者側の事情により解約を希望する場合、有効期限内のコースや回数券に限り、実際のご購入金額から、すでに受けた回数分の正規施術料金（1回のみ施術する場合の料金として当院が設定する金額）を差し引いた金額の返金となることを理解し承諾致します。
- ・有効期限の切れたコースや回数券は一律無効になり、また、返金は一切不可となることを承諾致します。

同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所： \_\_\_\_\_

親権者氏名（未成年者のみ）： \_\_\_\_\_ 印

医療法人社団 優恵会