

<同意書>

私は、今回、ピアスに対する施術及び麻酔について
その方法、効果、副作用など詳しい説明を聞き、理解し納得しました。
その上でこの治療法を受けることに私は同意いたします。

※リスク・副作用・合併症

発赤・疼痛・ピアス排出・ピアス埋入・感染・ケロイド形成、想像していた結果
(ピアスの位置など)と異なるなどが考えられます。

治療を行うにあたり、撮影した写真を、医学の進歩(学会、論文、情報発信、
他の患者様への治療例)の為に使用させていただく場合があります。使用させて
いただいた写真は、プライバシー保護の為、個人が特定されることのないよう、
慎重に取り扱いいたします。もし掲載後に使用の取り下げを希望される場合は、
申し出ていただければ対処いたします。

また下記に当てはまる項目がある場合は必ず申告いたします。
該当されない場合は、該当無しにチェックをお願い致します。

- B型肝炎・C型肝炎・HIV
- その他感染症歴()
- 糖尿病歴
- 精神疾患歴
- バイアスピリンなど内服中
- ペースメーカー装着中
- 薬剤アレルギー
- 該当無し

年 月 日

ご署名

_____ 印

保護者・同伴者ご署名

_____ 印

* 当クリニックでは、20歳未満の方は保護者のご署名がないと施術できません。

内服薬・外用薬・局所麻酔薬を使用するにあたっての確認書

1 現在、妊娠をしている、または妊娠をしている可能性がありますか？

はい ・ いいえ

2 これまでに下記の病気にかかった、又は現在治療中の病気はありますか？

ある

- ・ 消化器疾患 胃炎・胃潰瘍・大腸潰瘍・肝臓疾患・その他()
- ・ 心臓疾患 高血圧・心不全・心筋梗塞・その他()
- ・ 腎臓疾患 腎不全・その他()
- ・ 呼吸器疾患 喘息(小児喘息含む)・その他()
- ・ 血液疾患
- ・ クロウン病
- ・ その他()

ない

3 薬の内服や麻酔の使用でアレルギー症状、または気分が悪くなったことはありますか？

ある (薬名: 症状:)

ない

4 現在内服中のお薬はありますか？

ある

→お薬の内容を教えてください。()

ない

現在内服中のお薬があり、飲み合わせ等でご不明な点があれば担当の主治医にご確認下さい。

_____年 月 日

ご本人様ご署名_____

保護者様ご署名_____続柄()