

同意書

私は、今回、ピアスに対する施術および麻酔について
その方法・効果・副作用など説明を聞き、
理解し、納得いたしました。
その上で、この治療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、アレルギー、施術後の出血、感染、傷跡、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。

◆ 下記に当てはまる項目がある場合に、必ず申告いたします。

※該当されない場合は「いずれも該当なし」にチェックをお願いします。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> B型肝炎、C型肝炎、
HIVなど感染症歴（ | <input type="checkbox"/> ケロイド体質（近親者含め） |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病歴 | <input type="checkbox"/> 精神疾患歴 |
| <input type="checkbox"/> 抗凝血剤（バイアスピリンなど）の服用 | <input type="checkbox"/> てんかん発作 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー | <input type="checkbox"/> いずれも該当なし |

◆ 治療中に撮影した写真を医学の進歩、HP、各種SNS、広告、パンフレット等のために使用することを許諾いたします。

※お写真はプライバシー保護のため、個人が特定されないよう慎重に扱います。

※掲載後に使用の取り下げを希望される場合は、お申し出ください。

年 月 日

ご署名

保護者・同伴者ご署名

※当院では未成年の方は保護者のご署名がないと施術できません。

※虚偽の同意書提出によるトラブル等、当院では責任を負いかねますのでご了承ください。

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
- ・ クローン病
- ・ 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()