

年 月 日

同意書

山本可菜子皮膚科クリニック宛

下記内容は親権者様の直筆でお願いいたします。

私は、(氏名) _____ がピアッシングを行うことを承諾いたします。
(申込者生年月日 年 月 日)

ご希望される部位に○印を付けて下さい。(へそ・耳)

親権者氏名 _____ 印
(親権者生年月日 年 月 日)

親権者住所 _____

親権者連絡先 _____ 申込者との関係 _____
(日中繋がる連絡先)

※この同意書と親権者様の免許証又は保険証のコピーをご提示お願いいたします。

※親権者様のご連絡先にお電話させて頂く場合がございます。

(ピアス受診時の注意事項)

※体質によりピアスが合わない場合があります。その時はピアッシングをご遠慮していただくことがございます。

※瘢痕を残すことがあります。

※持病をお持ちの方で血液凝固抑制剤を内服されている方は医師にお申し付け下さい。

(主な疾患 脳疾患、心疾患など)

※ピアッシング部に赤み、痛み、出血、膿、痒みなどが生じた場合は早めに来院してください。