

ピアッシングチェックリスト・同意書

施術方法

- ① 「みみたぶ」の希望の位置にマーキングを行う（マーキングはご自身で行っていただきます）。
- ② 無麻酔で、消毒後、ピアッサーで穴をあけると同時にご自身が院内で選んだファーストピアスを装着します。

以下の項目にご回答ください。

今回が初めてのピアッシングである	はい	いいえ
ケロイド体質（傷跡が盛り上がる）である	はい	いいえ
金属アレルギーがある	はい	いいえ
2か月以内にMRIの検査を受ける予定がある	はい	いいえ
抗凝固薬や抗血小板薬など、出血しやすくなる薬を内服している	はい	いいえ
ピアッシング希望部位に炎症やしこりなどがある	はい	いいえ
アルコール綿でかぶれたことがある	はい	いいえ
血液で感染する病気（HIVや肝炎ウイルスなど）である	はい	いいえ

ピアッシング後の経過とアフターケアについて、以下了解された場合には□に

チェックをご記入ください。

- 約2か月間はファーストピアスを装着した状態での生活になります。
- 途中でファーストピアスを外した場合、穴がふさがりやすくなります。
- 入浴時、ピアス部は泡でふわふわとよく洗浄して、ゆすぎ残しがないようによく洗い流してください。
- ピアス部を頻繁に触ると感染症をおこす可能性があるため、洗浄時以外は触りすぎないでください。
- 2か月を過ぎてもしばらくの間、ピアス穴は不安定で傷つきやすく、狭くなりやすいです。
- ピアス穴にかゆみ、痛み、腫れなどトラブルが起きた際は早めに受診してください。
- 稀にピアスが耳たぶに埋没することがあります。その際には形成外科などにご紹介させていただきます。
- ケロイド体質の方はピアス部にケロイドを形成する可能性が高いためにご遠慮ください。

- ケロイド体質でなくても、ピアスによりケロイドを発生する可能性があります。
- 装着した金属に対する免疫反応が誘発され、金属アレルギー体質になる可能性もあります。

以上のことを理解し、同意したうえで、ピアッシングを受けることを希望します。

西暦 年 月 日

本人氏名： _____ (年齢 歳)

18歳未満の場合は親権者など法定代理人の同意が必要です

保護者等氏名： _____ (続柄)

やおさか皮フ科クリニック

〒113-0033

東京都文京区本郷2-40-18 本郷協同ビル4階

TEL 03-3868-8088 FAX 03-3868-8089