

未成年者ピアッシング施術 保護者同意書

私は、下記の未成年者が代々木上原皮膚科クリニックにおいてピアッシング（ピアスの穴あけ）施術を受けるにあたり、施術方法・費用、及び施術後に感染・出血・腫れ・ケロイド（肥厚性瘢痕）・金属アレルギー等が生じる可能性があること、施術後は指示された方法での消毒・ケアが必要であることについて事前に十分な説明を受け、内容を理解したうえで、保護者（法定代理人）として本施術を受けることに同意します。あわせて、来院当日に保護者が同伴できない場合は、来院前にクリニックから保護者へ電話にて意思確認のご連絡をいただくこと、また電話にて確認が取れない場合には当日の施術は行われないことを承知しています。

記入日

年 月 日

お子様（被施術者）氏名

生年月日（年齢）

年 月 日 （ 歳）

ご来院予定日・院名

年 月 日

ピアスをあける部位

例）両耳たぶ

金属アレルギーの有無

有 ・ 無 （「有」の場合は事前にスタッフへお申し出ください）

保護者（法定代理人）
氏名

お子様との続柄

ご住所

連絡先電話番号

※当日つながる番号をご記入ください（電話確認に使用します）

【ご記入・ご来院にあたっての注意事項】

- ・当院では20歳以下の方が施術を受けられる場合、保護者様の同意を必須としております。
- ・原則として保護者様のご同伴をお願いしております。
- ・ご同伴いただけない場合は、来院前に保護者様のご連絡先へお電話にてご意思確認をさせていただく場合があります。
- ・お電話での確認が取れなかった場合、当日の施術は行わず、カウンセリングのみとさせていただきます場合があります。
- ・本同意書は保護者様ご本人が自署してください。代筆やパソコン入力での署名は無効となります。
- ・記載内容に不備・空欄がある場合、施術をお受けいただけないことがあります。
- ・本同意書の有効期間は、記入日から30日以内です。期間を過ぎた場合は再度ご記入をお願いします。
- ・施術後は感染予防のため、ご案内する消毒・ケア方法を一定期間続けていただく必要があります。
- ・ケロイド（肥厚性瘢痕）になりやすい体質の方は、事前にスタッフまでお申し出ください。
- ・ご記入いただいた個人情報は、本施術に関する保護者確認の目的にのみ使用し、適切に管理いたします。
- ・恐れ入りますが、来院当日に本同意書をお忘れの場合、施術をお受けいただけない場合があります。