当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。このことにより、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関となっております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

耳たぶピアス用の穴あけ施術同意書

耳たぶピアス用穴あけ施術について、以下の説明を十分に受けています。

1. この施術は、ピアス装着のために耳たぶに穴をあけることを希望される患者の要望に応じて外科的処置を行う行為です。
2. 器具で耳たぶを貫く傷穴を作りますので、出血の副作用のある薬（内服・注射）使用中の方・金属アレルギーのある方・免疫不全のある方への施術は行っておりません。
3. 穴をあける時、痛みを伴います。痛みを緩和させるため施行前 10 分程度冷やしてから行います。
4. ピアス穴をあけると傷跡が残ります。穴をあける前に穴位置の確認を一緒にお願いいたします。
5. ピアス穴は、軟骨部以外で、裂けない程度の幅を残してあけます。耳たぶの大きさや傾きには左右差があり、来院前にあける場所を決めて油性マジックで印をつけて来院していただくのがお勧めです。
6. ファーストピアスは純チタンをご用意しております。
7. 施術後 1 か月半はファーストピアスを外したり再挿入したりしないでください。
8. 施術後ピアス穴が出来上がるまで最低でも 1 か月半の間、毎日洗顔後・洗髪後、洗浄剤やシャンプー 剤・トリートメント・リンス等が穴に残らないよう十分洗い流し、水分をやさしくタオルで押し拭きした後、お渡しした薬を穴の前後の皮膚に外用してください。
9. １か月半以上経過して再診来院されましたら当院でファーストピアスを外します。(トラブルなければ再診時費用は発生しません。)
10. 外すまでの間に痛み・はれ・赤み・かゆみ等の異常・ピアスが取れた等トラブルが発生する可能性があります。トラブル時は早めに当院もしくはお近くの皮膚科診察を受けて処置するようにしましょう。

以上の内容につき納得理解いたしましたので、耳たぶピアス用穴あけ施術受けることに同意いたします。

年　　月　　日

耳たぶピアス用穴あけ部位と個数　　右耳　　個　　・　　左耳　　個

本人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保証人　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施術を受ける者が高校卒業式を済ませた 17 歳未成年の場合は、保護者の方のご記入お願いいたします。