

# 説明・同意書

---

## ピアス

私は、現在の疾病並びに、診察に対して、説明を受け、治療の必要性と利点、それに伴う副作用などの危険性について、十分理解しました。

年 月 日

---

患者氏名

印

---

保護者氏名

印

---

※18歳以下の方のみ

〒500-8833 岐阜県岐阜市神田町9-2  
医療法人 尚美会 なおみ皮膚科クリニック  
TEL : 052-265-0703