

ピアッシング問診表・同意書

ふりがな 氏名	カルテID _____
性別 (女・男)	年齢 _____ 才
〒 (_____)	
住所	_____
電話番号	自宅・携帯 _____
生年月日	H/S _____ 年 _____ 月 _____ 日
メールアドレス	_____
当院からのお得なキャンペーンのお知らせを希望されますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

* 当院の美容初診料は2000円(税抜)再診料は500円(税抜)となります。

(保険適用の処方や検査を行った場合は保険診療に準じた診察料が必要です)

施術 **片耳 5,000円 (税抜)**

以下の方は当院ではピアッシング出来ません。受付までお申し出下さい。

- 1) 未成年者で親権者の同意のない方。
- 2) チタンにアレルギーのある方。
- 3) 軟骨ピアス、ボディーピアスをご希望の方。

問診表

あてはまるものに○をして下さい。

- 1) 金属・薬等にアレルギーがありますか？
ない・ある → 具体的に (_____)
- 2) 過去に手術や、大きな病気をしたことがありますか？
ない・ある → 具体的に (_____)
- 3) ピアッシングは初めてですか？
はい・いいえ → 前はどこにしましたか？ (_____)
- 4) 3) でいいえと答えた方に、ピアスによるトラブルの経験はありますか？
はい・いいえ → 具体的に (_____)
- 5) 未成年者の方に、親権者の同意はありますか？
はい・いいえ → はいの方は、保護者の方の署名、捺印をお願いします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 (続柄 _____)

→ いいえの方は、本日ピアッシングできません。次回までに必ず同意を得てくださいご記入が済みましたら、この用紙を受付までご提出下さい。

◇ ◇どのように当院をお知りになりましたか？

通りがかり ちらし HP 知人紹介 _____ 様
北山・四条院通院中 あべきた 地下鉄看板

ピアッシング問診表・同意書

ピアス施術について

- 個人差はありますが、痛みは伴います。
- チタン素材のファーストピアスを使用します。
- ファーストピアスは1ヶ月入れたままにしてください。1ヶ月を目処にファーストピアスをはずしてください。針が湿った状態でなければ、穴が完成していますので、ご自分のピアスを入れてください。
- ファーストピアスを入れている間は毎日流水で耳たぶを洗い、清潔を保ってください。
- 発赤、熱感、腫脹、膿がでている等の症状がありましたら速やかに受診してください。
- 体質によりケロイドや小さなしこりができることがあります。
- ピアスを購入される時は、かぶれにくいチタン、純金、セラミックをおすすめします。

同意書（医師の説明を聞いた後に署名してください。）

私は、ピアッシングの費用、方法、ピアスホール完成までの期間や注意点、自宅での処置方法について医師の説明を聞き、納得しましたので、本日ピアッシングを行います。医療用チタンでもかぶれる可能性があること、自宅での処置が適切に行われないと感染する可能性があること、ケロイドや紛瘤は体質により発生する可能性があることを了解しました。またピアッシング後のトラブルについては、すみやかに医師に申し出ます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

未成年の場合 保護者氏名 _____