ピアッシング問診表・同意書

ふりがな

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年齢＿＿＿才　　性別（女・男）

〒(　　－　　)

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿

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、シリコン、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　→　前回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。

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、この用紙を受付けまでご提出下さい。

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。

年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿