

ピアス問診票

受診日	令和      年      月      日		
ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	T・S・H・R      年      月      日 (      ) 歳		
住所	〒		
電話番号	携帯 (      )	自宅 (      )	

1. これまでにピアス穴あけをしたことがありますか？

はい ・ いいえ

番×

2. 今までに金属でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ

3. 2. で はい に○を付けた方へ。

・種類は何ですか？

メッキ・シルバー・金・その他 (      )

4. 今回のピアス穴あけは何ヵ所をご希望ですか？

左 (      ) ヵ所      右 (      ) ヵ所

【※ 注意事項】

- 18 歳未満の方は保護者の承諾書が必要です。
- 当院では軟骨部のピアス穴あけは行っておりません。
- 当院規定のピアッサーで、チタンピアスのみの施術となります。
- 診察後、医師の判断により施術できない場合があります。
- 耳の状態により、希望箇所に開けられない場合があります。

【※ピアス後の注意事項】

- 装着したピアスは 6~8 週間外さないようにして下さい。
- 入浴時に石鹸（ボディソープ等）をしっかり泡立て、ピアス挿入部位を洗浄し洗い流して下さい。  
(※消毒の必要はありません。)
- その際、留め加減もゆるんでいないかチェックをしてください。
- ピアス挿入後 6~8 週間後でもピアスホールは不安定です。24 時間以上ピアスを外したままにしないでください。
- 痛みや腫れ赤み等の症状が持続する場合は早めに受診を受けてください。
- ケロイド体質の方は(瘢痕組織が過剰に増殖した状態)数年にわたって目立つ傷となる可能性があります。

注意事項を十分理解し、同意された方は以下にご署名ください。

令和      年      月      日

氏名 \_\_\_\_\_

※18 歳未満の方

保護者氏名 ( \_\_\_\_\_ 印) 続柄 (      )