受信日　西暦　　年　　月　　日

【ピアス　予診票】

質　問　事　項

①血が止まりにくい疾患、又は血をサラサラにするお薬を飲んでいますか　(有・無)
②金属アレルギーはありますか？　(有・無)
③ケロイド体質と言われたことがありますか？　(有・無)
④お薬でアレルギーはありますか？　(有・無)
ありの方：お薬名（　　）
⑤妊娠中または授乳中ですか？　(有・無)
⑥希望部位と個数　　右耳に（　　）個左耳に（　　）個

◆　承諾書　◆

・血が止まりにくい疾患や、血をサラサラにするお薬を飲んでいる方は、出血が止まりにくい可能性があります。

・金属アレルギーの方は、ピアスでかぶれる可能性があります。
金属アレルギーやケロイドがこれまでなくとも、ピアスで新たに出現することもあります。その場合、ピアスを中断していただきます。
当院のピアスはチタンで、アレルギーが出にくい金属ですが、絶対ではありません。

・左右の耳たぶに可能な限り対象にしますが、元々の耳たぶの大きさ・形・角度に左右差があり、人による施術のため、完全に対称にはなりませんので、ご理解ください。

・一度ピアス穴をあけると皮膚が硬くなりますので、同じ場所やその周りに再度あけなおすことはできません。

上記をご了承いただけましたら、ご署名をお願いいたします。（後程、口頭でも説明します。

【ご署名】　　印

※未成年者の場合、親権者・法廷代理人様直筆にて氏名・住所をご記入ください。

親権者・法廷代理人氏名　　印　　本人との関係

親権者・法廷代理人住所

電話番号

なないろスキンクリニック