

問 診 票 (ピアス用)

受診日	平成 年 月 日
ふりがな 氏名	(男・女)
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 (才)
住所	〒
電話番号	

- ピアスの施術は自費になります。
- 高校生以下の方は、保護者の同意が必要です。
- 来院時、どの辺りに開けたいか(・)を付けて来て頂くと助かります。

1. 今までにピアスを開けたことはありますか？

ある → だいたい 年前 (耳・からだ・その他)
 ない

2. ピアスを開けたことがある方は、何かトラブルは起こりませんでしたか？

あった →
 ない

3. 今あるいは、今までに何か大きな病気をしましたか？

はい →
 いいえ

4. 今までに薬でアレルギー症状が出たことはありますか？

はい →
 いいえ

5. 今何か薬を飲んでいますか？

はい →
 いいえ

6. 女性の方に

現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？

はい → 現在 週目
 いいえ

7. 高校生以下の方に

保護者の方に同意して頂いたサインをもらって来てください。

続柄 氏名
