

# ピアス問診票

本日はご来院いただき誠にありがとうございます。お手数ですが、下記の質問事項にご協力をお願いします。

記入日 20 年 月 日 担当：

フリガナ		生年月日	昭和・平成		
お名前		年	月	日	歳 男・女
住所	〒				
電話番号		メールアドレス			
職業	会社員・公務員・教師・看護師・エステティシャン・自営業・主婦・大学生・高校生・他（ ）				
きっかけ	ご紹介（ご紹介者様名： ）・病院HP・SNS・他（ ）				

質問事項	回答
・ピアスホール形成についての説明文を読み、リスクなどについてもご理解されましたか？	はい・いいえ
・現在治療中の病気や内服中のお薬はありますか？ 病名（ ）（ 歳） 内服中の薬（ ）	はい・いいえ
・過去に入院したり手術したことはありますか？ 病名（ ）（ 歳）	はい・いいえ
・金属などアレルギーはありますか？ → 具体的に（ ） その他（食べ物・薬など）	はい・いいえ
・ピアスを開けたことはありますか？	はい・いいえ
・過去にピアスのトラブルがありましたか？	はい・いいえ
・抗凝固剤（バイアスピリン、ワーファリンなど）を内服されていますか？	はい・いいえ
・ケロイドができたことはありますか？	はい・いいえ
・（女性の方のみ）現在妊娠中ですか？	はい・いいえ
・その他医師に質問がありますか？	はい・いいえ
・クリニックからのお知らせ、キャンペーン情報などをメールでお送りしてよろしいですか？	はい・いいえ

## 同意書

ピアスホール形成を受けるにあたり、担当医師から治療に関する具体的内容および生じる結果、付随するリスクについて医師より十分な説明を受け下記項目すべてについて納得し、自らの意志で治療を受けることを承諾致します。

説明担当医師

\_\_\_\_\_

患者氏名

\_\_\_\_\_

尚、未成年者の場合、保証人様のご氏名をご記入ください。（保証人様直筆でお願い致します。）

保証人氏名

\_\_\_\_\_

本人との関係

\_\_\_\_\_