

1) ピアッシングをご希望される部位をまるで囲むか、ご記入下さい。

右耳たぶ 右耳介(耳の軟骨部)

左耳たぶ 左耳介(耳の軟骨部)

穴の位置に関してはご希望に副いますが、あけた後の位置の変更は致しかねます。

2) 今までにピアッシングを受けたことがありますか。 はい いいえ

3) 今までにピアッシングを受けてトラブルがありましたか？

なかった あった (_____)

4) 金属アレルギーがありますか？

いいえ はい (具体的な症状をお書き下さい。 _____)

5) 血液が止血されにくくなる薬(バファリン、ワーファリン、パナルジンなど)を飲んでいますか？

はい飲んでます いいえ飲んでいません わかりません

6) 今、体調はいかがですか？ 良い 悪い

以下の回答は任意です。お答えできる方はご協力ください。

7) 何を見て当クリニックをお知りになりましたか？

[電話帳・看板・チラシ・家族がかかったことがある(かかっている)・知人の紹介・他院からの紹介・PCサイト・携帯サイト・スマートフォン・通りがかり(近所に住んでいるので知っていた)

その他(_____)]

ご記入いただきました内容は、個人情報保護法に基づいて管理されております。

この問診票は、診療をスムーズに行う為のものであり、それ以外に使用することはございません。

また、これらすべての個人情報は決して外部に漏れることはございません。

Ver.2

申込み日 年 月 日

住所 〒 _____

自宅電話番号 (_____)

携帯電話番号 (_____)

携帯電話からの診察の予約・順番の確認が可能となりますので、お持ちの方はご記入願います。

ふりがな

氏名 _____

生年月日 S・H 年 月 日 年齢 才

高校生以下在学中の方は、このピアッシング申込書に御本人のサインと保護者のサイン、印鑑が必要です

同意書

上記の者が ピアッシング(ピアスの穴をあけること)することに同意致します。

保護者のサイン _____

印 _____