

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（パファリン、ワファリン、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

~~~~~

ピアッシングを受けられる方へ

1. ピアッシング後、ヒビテンで消毒を最低1日2回して下さい。
2. 4～6週間後にセカンドピアスと交換してください。交換は御自身でも可能です。
3. 交換後も、1ヶ月位は夜もセカンドピアスを付けて寝て下さい。
4. また消毒も、引き続き消毒液がなくなるまで続けて下さい。
5. セカンドピアス（交換用のピアス）は、純チタン、プラチナ、プラスチック、セラミックをお薦めします。メッキや合金のものは、かぶれやトラブルの原因となります。
6. 万が一皮膚トラブルを起こしたときは、保険証持参で受診してください。保険診療となります。
7. ピアッシング後再度位置を変える際は、通常の料金がかかりますのでご了承ください。

**上記1～7に同意される方は下記もご記入ください。**

申込み日            年            月            日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 S・H・R \_\_\_\_\_ 年            月            日            年齢            才

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。

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