

ピアス問診票兼同意書

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	西暦	年	月	日
氏名		男・女	自宅電話番号				
			携帯電話番号				
ご住所	〒						
ご職業		Email:					DM: 可・否

※以下の項目は必ず○付けをお願いします

麻酔アレルギー あり ・ なし 薬のアレルギー あり(

内服中の薬・サプリメント あり(

※ () の中に内容をご記入ください。

本日の処置内容

ピアス(耳たぶ・軟骨・トラガス・鼻・へそ)

※ 両耳 ・ 右 ・ 左

同意書

納得しました。また、施術・治療後の経過、起こりうる合併症についても説明を受け、理解しました。

したがって、今回私が施術・治療を受けるにあたって術後の薬の服用や必要とされる通院・治療についても納得し、貴クリニックの指示に従います。また、理由に乏しい主観的な不満をもって意義申し立てをしません。

記入日 年 月 日

現住所 〒 -

緊急連絡先TEL

氏名

Ⓜ

ながしまクリニック