



ピアッシング申込書

✿ ピアッシングの前に確認する内容です ✿

<input type="checkbox"/>	耳のどこにピアッシングを希望されますか？ [片方 両方]
<input type="checkbox"/>	今までにピアッシングを受けたことがありますか？ [ある ない]
<input type="checkbox"/>	今までにピアッシングでトラブルがありましたか？ [ある ない]
<input type="checkbox"/>	金属アレルギーがありますか？ [ある ない]
<input type="checkbox"/>	血が止まりにくくなる薬を飲んでいたり処方されていますか？ [はい いいえ] バファリン(アスピリン), ワーファリン, パナルジン(チクロピジン)など
<input type="checkbox"/>	ケロイド体質ではありませんか？ 極端に炎症になりやすい体質 [ある ない]
<input type="checkbox"/>	ピアスホールが完成するまでの1ヶ月間パーマ液や毛染め液が耳につかないようにできますか？ [はい いいえ]
<input type="checkbox"/>	ピアスホールが完成するまでの1ヶ月間、ファーストピアスを外さず付けたままにできますか？ [はい いいえ]
<input type="checkbox"/>	今の体調は良好ですか？ [良い 悪い]
<input type="checkbox"/>	当院をどこで知りましたか？ [知人紹介 検索 近所]
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">✿ 中学生以下の方は保護者も御署名ください ✿</p> <p>ふりがな 氏名 保護者氏名</p> <p>生年月日 西暦 年 月 日 (歳)</p> <p>住所 ー</p> <p>電話番号</p>
<input type="checkbox"/>	<p>料金＝施術料＋ピアス本体料金＋消毒薬などのお薬代金</p> <p>✿ 耳たぶの厚さが5mm以上の方はロング軸をおすすめします。</p> <p>✿ ピアッシング当日はピアッシング部分を濡らしたり触らないでください。</p>