

問診表

20 年 月 日

フリガナ		住 所	〒	-
氏 名	男 ・ 女			
生年月日	令和・平成 年 月 日	携帯電話	()	-
	昭和・大正 (才)	固定電話	()	-
当院記入欄 ID		体 重	子どものみ	Kg

※診察の参考に使用させていただきますので、過不足なくご記入お願いいたします。

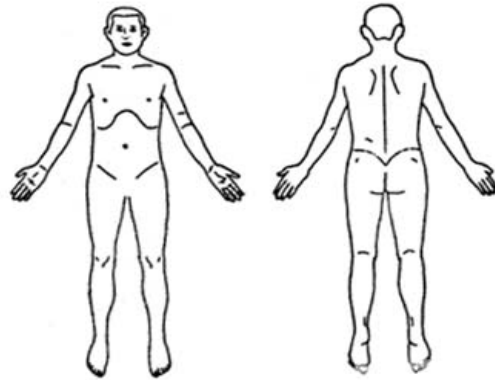
1. 今日はどうされましたか？

()

2. それはいつごろからですか？ いずれかに数字を記入してください。

日前から / 週間前から / か月前から / 年前から / 年 月 日から

症状のある部位はどちらですか？下記イラストの該当箇所に○をつけ、症状を教えてください。



3. 他の病院などを受診しましたか？ その時なんとおっしゃいましたか？

なし ・ ある (医療機関名：)
(受診結果：)

4. 今まで治療を受けたことのある病気、または現在治療中の病気があれば○をつけてください。

なし ・ ある { ・花粉症 (アレルギー性鼻炎) ・喘息 ・じんましん ・アトピー性皮膚炎
・胃潰瘍 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・不整脈 ・狭心症 ・心筋梗塞
・脳梗塞 ・肝臓病 ・腎臓病 ・その他 (病名：) }

5. 現在、内服中のお薬はありますか？○をつけてください。

なし ・ ある (お薬の名前：)

6. お薬、注射などで副作用、食べ物などでアレルギーがありましたか？○をつけてください。

なし ・ ある (アレルギー： 副作用：)

7. 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳していますか？○をつけてください。

いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 授乳中 ・ 閉経

8. ご紹介者がいらっしゃる場合はお名前を教えてください

{ }

ピアスホール形成に関する説明・同意書

当院ではピアスホール作成を以下のように行っております。

初診料	3,300 円
両耳	4,400 円
片耳	3,300 円

- ①鏡を見てホールの位置をご自身で決めていただきます。
- ②ホールを作成する側の耳たぶを氷でアイシングします。
- ③抗生剤の軟膏を持って帰っていただきます。
- ④約1ヶ月ほどで消毒時の引っ掛かりや痛みがなくなりピアスホールが完成します。

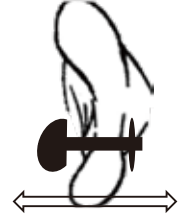
ご自宅での毎日のケア

挿入されたファーストピアスは1ヶ月間は絶対に外さないようにして下さい。

ピアスは前後によく動かして下さい。

入浴時はピアスを前後に動かしながら石鹸洗浄し、しっかりとシャワーで洗い流して下さい。

入浴後は綿棒で水分を拭き取った後に消毒液をつけ、乾いたら軟膏を外用します。



注意点

ピアスの穴開けは医療行為です。また、ピアスホールを開くことにより、体調や体質、取扱いによりスキントラブル等が発生することがありますので、以下の内容をご確認いただいた上でお申込みをお願いします。

- * 当院では、アレルギー反応の少ないチタン製のピアスを使用しますが、必ずしもアレルギーが生じないという保証はございません。
- * ホール作成当日、その後数日は腫れや痛みが生じる場合がございます。
- * 数日～数週間後にピアス挿入部に発赤、疼痛、排膿等がみられましたら、感染の可能性がありますので直ちに受診するようお願いいたします。
- * ピアスホール形成後約1年は不安定なため、外したまま過ごされるとホールがふさがることがあります。
- * 体質によってはケロイドやしこりが出現し、ピアス部が赤く盛り上がる場合があります。
- * ピアスのキャッチを強くしめすぎると、ピアスやキャッチが皮膚の中に埋まってしまうことがあります。
- * 当院では耳たぶのピアスのみで軟骨ピアスは行っておりません。

私は上記について説明を受け、合併症や危険性を含め、十分に内容を理解しました。

その上で、自己の責任において施術を受けることに同意致します。

____年 ____月 ____日

患者氏名：

ピアス箇所 _____ 箇所

住所：

【未成年の場合】保護者氏名

Ⓜ



当院では、20歳未満の方がピアスを開けられる場合、保護者様の同意書が必要となります。

今一度ピアスを開けることについてお話し合いの上、一緒に御来院いただくか、上記に御署名の上、

この用紙をご本人へ渡して下さいますようお願い致します。

👉Youtube説明動画👈

皮フ科かわさきかおりクリニック

未成年者同意書

_____年 ____月 ____日

院長 川崎 加織 殿

申込者が下記の保険適用外施術を受けることに同意いたします。

ふりがな				
申込者	氏	名		
生年月日	平成	年	月	日
	年齢	満	歳	
住所	〒 _____		都・道 府・県	市・群 町・村
連絡先				

施術名 ○をつけてください	・レーザー ・イオン導入 ・ケミカルピーリング	・美容点滴
------------------	-------------------------------	-------

※法定代理人ご本人様をご記入、捺印していただきますようお願いいたします。

ふりがな				
申込者	氏	名		
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
住所	〒 _____		都・道 府・県	市・群 町・村
連絡先				

皮膚科 かわさきかおりクリニック