

問診票 [ピアス]

年 月 日

(フリガナ)		カルテNo.
お名前		性別 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
		職業
(フリガナ)		
住所	〒 -	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	TEL
		携帯TEL

Q1. これまでに何か大きな病気をしたり、手術をしたことはありますか？

(いいえ・はい _____)

Q2. 現在、医療機関において治療を受けている病気はありますか？

(いいえ・はい _____)

Q3. 現在、内服しているお薬はありますか？

(いいえ・はい _____)

Q4. これまで薬物に対してアレルギー反応が起こったことはありますか？

(いいえ・はい _____)

Q5. これまで金属に対してアレルギー反応が起こったことはありますか？

(いいえ・はい)

Q6. いままでピアスをあけたことがありますか？

(いいえ・はい)

Q7. これまでアトピー性皮膚炎、ケロイド体質などと言われたことがありますか？

(いいえ・はい)

Q8. これまでアルコールでかぶれたことはありますか？

(いいえ・はい)

Q9. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠中または授乳中ですか？

(いいえ・はい)

Q10. どのようにしてクリニックをお知りになりましたか？

知り合いからの紹介 駅案内 当院のサイト 地域新聞 ココミ広場 バス案内 看板
その他 (_____)

※未成年の方は保護者の方とのご同伴か同意書をお持ち頂く事をお願いしております。
 同意書をお持ちの方は一緒にご提出下さい。