

ピアッシング申込書（耳用）



<input type="checkbox"/>	どこにピアッシング（ピアスの穴をあけること）をご希望されますか？ [片耳 両耳]
<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"/>	血液が止まりにくくなる薬を飲んでいますか？ バッファリン、ワーファリン、パナルジン等 [いる 不明 いない]
<input type="checkbox"/>	ケロイド体質ではありませんか？ [ある 不明 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、毛染め液が耳につかないように できますか？ [できない できる]
<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ないでつけたままにでき ますか？ [できない できる]
<input type="checkbox"/>	現在、体調はいかがでしょう？ [悪い 良い]
<input type="checkbox"/>	当院をどこで知りましたか？ [HP 知人]
<input type="checkbox"/>	以下ご記入ください。 ふりがな 氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日 （ 歳） 住所 電話番号
<input type="checkbox"/>	18歳未満の方は、保護者のサイン・印鑑が必要です。
<input type="checkbox"/>	上記の者がピアッシング（ピアスの穴をあける）することに同意します。 保護者サイン ⑩

<input type="checkbox"/>	料金＝施術料＋ピアス本体料金＋お薬代金 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。 ピアッシング当日はピアッシング部分をぬらさないでください。 ピアッシング当日はピアッシング部分を触らないでください。
--------------------------	--