

SMP 시술 전 건강상태 확인서

이용자가 직접 사실대로 작성하고, 시술자가 답변을 검토합니다.

성명		생년월일	
연락처		시술예정일	
시술 부위	[] 헤어라인 [] 가르마 [] 정수리 [] 흉터 [] 민머리 [] 기타: _____		
응급연락	성명: _____ 관계: _____ 전화: _____		

1. 기존 문신 또는 SMP 경험이 있습니까? [] 예 (부위·연도: _____) [] 아니오
2. 과거 문신 후 염증·붓기·변색·흉터·가려움 등 이상반응이 있었습니까? [] 예: _____ [] 아니오
3. 문신용 염료, 금속, 라텍스, 소독제 또는 약물 알레르기가 있습니까? [] 예: _____ [] 아니오
4. 시술 부위에 상처, 발진, 감염, 모낭염, 두피염 또는 지루성 피부염이 있습니까? [] 예 [] 아니오
5. 최근 3개월 내 피부과 치료(건선·습진·아토피·염증 등)를 받았습니까? [] 예: _____ [] 아니오
6. 켈로이드 또는 피부가 붉게 부풀어 오르는 흉터 경험이 있습니까? [] 예 [] 아니오
7. 고혈압·당뇨·심혈관질환·결핵 또는 기타 진단 질환이 있습니까? [] 예: _____ [] 아니오
8. B형·C형 간염, HIV 등 혈액매개감염병으로 진단·치료 중입니까? [] 예: _____ [] 아니오
9. 뇌전증, 뇌졸중, 실신 등 뇌신경계 질환 또는 경험이 있습니까? [] 예: _____ [] 아니오
10. 항응고제·아스피린·면역억제제 등 복용 중인 약물이 있습니까? [] 예: _____ [] 아니오
11. 현재 발열·오한·심한 피로감 또는 급성 질환 증상이 있습니까? [] 예 [] 아니오
12. 최근 24시간 이내 음주했습니까? [] 예 [] 아니오
13. 임신·수유 중이거나 임신 가능성이 있습니까? [] 예 [] 아니오 [] 해당 없음

의료기관 소견 확인 권고

혈액매개감염병 병력, 뇌신경계 질환, 출혈 위험 약물 복용 등은 의료기관 상담·진료 후 시술 가능 여부에 대한 소견을 확인하여 결정합니다. 활성 염증·감염, 심한 피부질환, 컨디션 저하가 있으면 시술을 연기할 수 있습니다.

본인은 위 내용을 사실대로 기재하였으며, 건강상의 이유로 시술이 연기·거부·중단될 수 있음을 이해합니다.

작성일: _____년 _____월 _____일 이용자: _____ (서명) 시술자 확인: _____ (서명)