

สำเร็จการตรวจรับเข้าลูกค้าวิทยาลัยสัตวแพทย์

แบบฟอร์มการดูแลผิวหนังที่ครอบคลุมสำหรับการรักษาบนใบหน้า การวิเคราะห์ผิวหนัง และบริการด้านความงาม

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเกิด *

DD / MM / YYYY

การวิเคราะห์ผิวหนัง

คุณจะมีอธิบายประเภทผิวหนังของคุณอย่างไร *

- | | |
|---|--|
| ☐ แห้ง — รู้สึกตึง อาจสะเก็ดนูนขึ้น | ☐ มัน — วาวเป็นประกาย มีรูขุมขนขยาย |
| ☐ ผสมผสาน — โซน T มัน แห้ง | ☐ ปกติ — สมดุล มีปัญหาน้อย |
| ☐ ไวต่อสารระคายเคือง — ตัวต่อสารแปลกปลอมได้ง่าย ตอบสนองสูง | ☐ ขาดน้ำ — ขาดความชุ่มชื้น แต่อาจยังคงมัน |

ความกังวลหลักของคุณเกี่ยวกับผิวหนังคืออะไร (เลือกทั้งหมดที่ใช้ได้) *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ สิวและการระคายเคือง | ☐ การแก่ผยพ / เส้นบาง / ริ้วรอย | ☐ การติดเชื้อ / ภูมิแพ้ / ความมัน |
| ☐ การแดง / Rosacea | ☐ ความมัน / สิวไม่เท่าเทียม | ☐ ผื่นผื่นหาย / รูขุมขนขยาย |
| ☐ ความแห้ง / สะเก็ดนูน | ☐ ความเสียหายจากแดด | ☐ แผลจากสิว |
| ☐ วงค้ำไต้ตา / การบวม | ☐ หัวดำ / สิ่งอุดตัน | |

ผลลัพธ์ใดที่คุณหวังว่าจะได้รับ *

ประวัติผิวหนังและการรักษา

อธิบายวิธีการดูแลผิวหนังปัจจุบันของคุณ *

คุณเคยทำการรักษาหน้าโดยผู้เชี่ยวชาญมาก่อนหรือไม่ *

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ใช่ เป็นประจำ | ☐ ใช่ บ้างบ่อยบ้างน้อย | ☐ ไม่ นี่เป็นครั้งแรกของฉัน |
|--|---|--|

คุณเคยทำการรักษาดังต่อไปนี้ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่

- ☐ ปอกเปลือกโดยใช้สารเคมี ☐ การเจาะด้วยเข็มฉีดยา ☐ การรักษาด้วยเลเซอร์
- ☐ การรัดมัดผิวละเอียด ☐ บดตฟาส์ หรือตัวเติมช่องว่าง ☐ ปลอกแขนผ้าแบบเทียบเท่า
- ☐ ไม่มีข้างต้น

คุณใช้สินค้าดูแลผิวหน้าตามใบสั่งยาหรือไม่

ข้อมูลสุขภาพ

คุณมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้หรือไม่

- ☐ สิวเหือด ☐ อาการแพ้ ☐ Rosacea (ได้รับการวินิจฉัยแล้ว)
- ☐ ริมฝีปากไหม้ / Herpes simplex ☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคภูมิคุ้มกันตัวเอง
- ☐ มะเร็ง (ปัจจุบันหรือกำลังรักษา) ☐ ประวัติแผลเนื้อเยื่อที่ขยายตัว ☐ ตั้งครรภ์หรือให้นมลูก
- ☐ ไม่มีข้างต้น

ภูมิแพ้ที่ทราบ (ส่วนประกอบของสินค้าดูแลผิวหน้า ยางมะตอย กลิ่นหอม ฯลฯ) *

ยาปัจจุบัน (รวมทั้งอาหารเสริม)

คุณเคยใช้อะคูทาเน (ไอโซเตรติโนอยด์) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

การเลือกบริการ

บริการที่สนใจ *

- ☐ พื้นฐาน / ใบหน้าแบบคลาสสิก ☐ ทำความสะอาดใบหน้าอย่างลึกซึ้ง
- ☐ ไฮดรอฟีเซีย ☐ ใบหน้าต่อต้านการแก่ผยพ
- ☐ ใบหน้าให้สว่าง / ลดสีเกิน ☐ ใบหน้าสิ่ว
- ☐ ใบหน้าผิวไวต่อสารระคายเคือง ☐ เดอร์มาเพนนิ่ง
- ☐ การรักษาด้วยแสง LED ☐ ใบหน้าออกซิเจน
- ☐ กำหนดเอง / คำแนะนำของวิทยาลัยสัตวแพทย์

บันทึกบริการ

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	ขั้นตอน	สินค้า	บันทึก
รายการ 1				
รายการ 2				

	วันที่	ขั้นตอน	สินค้า	บันทึก
รายการ 3				
รายการ 4				
รายการ 5				
รายการ 6				

ความยินยอมและลายเซ็น

ฉันรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นถูกต้องและครบถ้วน ฉันเข้าใจว่าภาควิทยาสัตวแพทยของฉันจะใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับแต่งการรักษาของฉัน
ฉันยินยอมให้บริการดูแลผิวหนังที่เลือกไว้ข้างต้น และเข้าใจว่าผลลัพธ์จะแตกต่างกันไปตามบุคคล
ฉันตกลงที่จะแจ้งให้ภาควิทยาสัตวแพทยทราบเกี่ยวกับความเดือดร้อนใดๆ ระหว่างการรักษา

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมด้วยสติ

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น:

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเดือนข้อห้าม
และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้กับ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ