

総合患者インタビュー評価

医療スパ患者向けの人口統計データ、病歴、薬物、およびアレルギーを含む完全な患者インタビューフォーム

クライアント情報

名前 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

デモグラフィック情報

性別 *

☐ 女性

☐ 男性

☐ 非二元性

☐ 答えたくない

住所 *

市区町村 *

都道府県 *

郵便番号 *

緊急連絡先名 *

緊急連絡先電話 *

病歴

以下の病状を患っているか、過去に患ったことはありますか？

☐ 自己免疫疾患（狼瘡、関節リウマチなど）

☐ 出血または凝固障害

☐ 糖尿病（1型または2型）

☐ 心臓病または心疾患

☐ 高血圧

☐ 甲状腺障害

☐ けいれん発作障害/てんかん

☐ B型またはC型肝炎

☐ HIV/エイズ

☐ がん（現在または過去）

☐ 肥厚性瘢痕の傾向

☐ 皮膚疾患（湿疹、乾癬、酒さ）

☐ 口唇ヘルペス/単純ヘルペス

☐ 上記のいずれでもない

上記のいずれかに「はい」と答えた場合は、詳細をお知らせください

現在妊娠中またはあります授乳中ですか？ *

☐ はい ☐ いいえ ☐ わかりません

過去12ヶ月間に以下の治療のいずれかを受けましたか？

☐ ボトックス/神経毒素注射 ☐ 真皮フィラー ☐ ケミカルピーリング
☐ レーザー治療 ☐ マイクロニードリング ☐ 顔面手術
☐ 上記のいずれでもない

現在の薬物およびアレルギー

現在のすべての薬物を列挙してください（サプリメント、ビタミンを含む）

現在血液を薄くする薬（アスピリン、ワーファリン、イブプロフェンなど）を服用していますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

過去6ヶ月間にアキュテイン（イソトレチノイン）を服用しましたか？ *

☐ はい ☐ いいえ

既知のすべてのアレルギーを列挙してください（薬物、ラテックス、食品など） *

局所麻酔（例：リドカイン）に対するアレルギー反応を起こしたことはありますか？ *

☐ はい ☐ いいえ

現在のスキンケア

お肌の質感をどのように表現しますか？ *

☐ 乾性肌 ☐ 脂性肌 ☐ 混合肌
☐ 敏感肌 ☐ 普通肌

現在のスキンケア製品を列挙してください

治療の主な目標は何ですか？ *

同意と署名

上記の情報が、私の最善の知識に基づいて正確かつ完全であることを証明します。不正確な情報を隠したり提供したりすることが、私の治療計画と結果に影響を与える可能性があることを理解しています。健康状態または薬物の変更について、診療所に通知することに同意します。

上記の情報を読んで理解し、知情同意を与えることを確認します。

上記の情報を読んで理解しました:

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。