

แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุม

แบบฟอร์มการรับผู้ป่วยแบบเต็มรูปแบบพร้อมข้อมูลประชากร ประวัติการแพทย์ ยา และการแพ้สำหรับผู้ป่วย Medical Spa

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อ *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเกิด *

DD / MM / YYYY

ข้อมูลประชากร

เพศ *

☐ หญิง

☐ ชาย

☐ ไม่ใช่แบบไบนารี

☐ ต้องการไม่บอก

ที่อยู่ *

เมือง *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

ชื่อผู้ติดต่อฉุกเฉิน *

เบอร์โทรศัพท์ผู้ติดต่อฉุกเฉิน *

ประวัติการแพทย์

คุณมีหรือเคยมีเงื่อนไขใดต่อไปนี้หรือไม่

☐ โรคภูมิคุ้มกันตัวเอง (ลูปัส โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นต้น)

☐ ความผิดปกติของการเลือด หรือการแข็งตัวของเลือด

☐ โรคเบาหวาน (ประเภท 1 หรือประเภท 2)

☐ โรคหัวใจ หรือสภาวะหัวใจ

☐ ความดันโลหิตสูง

☐ ความผิดปกติของ Thyroid

☐ ความผิดปกติของการชัก / โรคลมชัก

☐ โรคตับอักเสบ B หรือ C

☐ HIV / AIDS

☐ มะเร็ง (ปัจจุบัน หรือในอดีต)

☐ แนวโน้มในการเกิด Keloid scarring

☐ สภาวะของผิว (Eczema Psoriasis Rosacea)

☐ แผลปากร้อน / Herpes simplex

☐ ไม่มีข้างต้น

หากตอบใช้กับข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น โปรดให้รายละเอียด

คุณกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรอยู่หรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่แน่ใจ

คุณได้รับการรักษาใดต่อไปนี้ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

☐ การฉีด Botox / Neurotoxin ☐ ตัวเติม Dermal ☐ การปล่อย Chemical
☐ การรักษา Laser ☐ การใช้ Microneedling ☐ การผ่าตัดใบหน้า
☐ ไม่มีข้างต้น

ยาปัจจุบันและการแพ้

ระบุยาปัจจุบันทั้งหมด (รวมถึงผลิตภัณฑ์เสริมและวิตามิน)

คุณกำลังใช้ยาบางอย่างเลือด (Aspirin Warfarin Ibuprofen ฯลฯ) หรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณได้ใช้ Accutane (Isotretinoin) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

ระบุการแพ้ที่ทราบทั้งหมด (ยา latex อาหาร ฯลฯ) *

คุณเคยมีปฏิกิริยาแพ้ต่อยาในระดับท้องถิ่น (เช่น ลิโดเคน) หรือไม่ *

☐ ใช่ ☐ ไม่

การดูแลผิวปัจจุบัน

คุณจะอธิบายประเภทผิวของคุณอย่างไร *

☐ แห้ง ☐ มันวับ ☐ ผสม
☐ ไวต่อสารระคายเคืองกลุ่มสิ่งกระตุ้น ☐ ปกติ

ระบุผลิตภัณฑ์ดูแลผิวปัจจุบันของคุณ

เป้าหมายการรักษาหลักของคุณคืออะไร *

ความยินยอมและลายเซ็น

ฉันรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นมีความถูกต้องและครบถ้วนตามความรู้ที่ดีที่สุดของฉัน
ฉันเข้าใจว่าการซ่อนหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องอาจส่งผลต่อแผนการรักษาและผลลัพธ์ของฉัน
ฉันยินยอมที่จะแจ้งให้คลินิกทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในสถานะสุขภาพหรือยาของฉัน

ฉันรับรองว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมโดยสารสนเทศ

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