

Toàn diện Đánh giá Bệnh nhân

Biểu mẫu nhập viện bệnh nhân đầy đủ với dữ liệu nhân khẩu học, tiền sử bệnh, thuốc và dị ứng cho bệnh nhân spa y tế

Thông tin Khách hàng

Tên *

Họ *

Địa chỉ Email *

Số điện thoại *

Ngày sinh *

MM / DD / YYYY

Dữ liệu Nhân khẩu học

Giới tính *

☐ Nữ

☐ Nam

☐ Không nhị phân

☐ Thích không trả lời

Địa chỉ *

Thành phố *

Tỉnh/Bang *

Mã bưu chính *

Tên liên hệ khẩn cấp *

Điện thoại liên hệ khẩn cấp *

Tiền sử Bệnh

Bạn có hoặc từng có bất kỳ tình trạng nào sau đây không?

☐ Rối loạn tự miễn (Lupus, viêm khớp dạng thấp, v.v.)

☐ Rối loạn chảy máu hoặc đông máu

☐ Bệnh tiểu đường (Loại 1 hoặc Loại 2)

☐ Bệnh tim hoặc bệnh tâm mạch

☐ Huyết áp cao

☐ Rối loạn tuyến giáp

☐ Rối loạn cơ co giật / Động kinh

☐ Viêm gan B hoặc C

☐ HIV / AIDS

☐ Ung thư (hiện tại hoặc tiền sử)

☐ Xu hướng hình thành sẹo keloid

☐ Tình trạng da (Chàm, vảy nến, rosacea)

☐ Lở môi / Herpes đơn giản

☐ Không có cái nào ở trên

Nếu trả lời có cho bất kỳ điều nào ở trên, vui lòng cung cấp chi tiết

Bạn hiện đang mang thai hoặc đang cho con bú? *

☐ Có ☐ Không ☐ Không chắc chắn

Bạn có nhận bất kỳ một trong những phương pháp điều trị sau trong 12 tháng qua không?

☐ Tiêm botox / Độc tố thần kinh ☐ Chất lấp đầy da ☐ Tẩy hóa chất
☐ Điều trị bằng tia laser ☐ Tiêm kim siêu nhỏ ☐ Phẫu thuật khuôn mặt
☐ Không có cái nào ở trên

Thuốc Hiện tại và Dị ứng

Liệt kê tất cả các loại thuốc hiện tại (bao gồm thực phẩm chức năng và vitamin)

Bạn hiện đang dùng thuốc làm loãng máu (Aspirin, Warfarin, Ibuprofen, v.v.) không? *

☐ Có ☐ Không

Bạn có dùng Accutane (isotretinoin) trong 6 tháng qua không? *

☐ Có ☐ Không

Liệt kê tất cả các dị ứng được biết đến (thuốc, latex, thực phẩm, v.v.) *

Bạn có từng có phản ứng dị ứng với gây tê tại chỗ (ví dụ: Lidocaine) không? *

☐ Có ☐ Không

Chăm sóc Da Hiện tại

Bạn sẽ mô tả loại da của mình như thế nào? *

☐ Khô ☐ Dầu ☐ Hỗn hợp
☐ Nhạy cảm ☐ Bình thường

Liệt kê các sản phẩm chăm sóc da hiện tại của bạn

Mục tiêu điều trị chính của bạn là gì? *

Sự Đồng ý và Chữ ký

Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp ở trên là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng việc che giấu hoặc cung cấp thông tin không chính xác có thể ảnh hưởng đến kế hoạch điều trị và kết quả của tôi. Tôi đồng ý thông báo cho phòng khám về bất kỳ thay đổi nào trong tình trạng sức khỏe hoặc thuốc của tôi.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu thông tin ở trên và đồng ý được thông báo.

Tôi đã đọc và hiểu thông tin ở trên: _____

Chữ ký

Ngày

Họ và tên

Ngày *

MM / DD / YYYY

Biểu mẫu này được cung cấp miễn phí bởi Consentify

Consentify chuyển đổi các biểu mẫu như thế này thành sự đồng ý kỹ thuật số mà khách hàng của bạn ký trên điện thoại của riêng họ bằng mã QR — với các tệp PDF tự động, cờ chống chỉ định và lưu trữ được mã hóa. Gói miễn phí có sẵn tại <https://getconsentify.com>.

Chỉ là mẫu. Hãy xem xét với chuyên gia có giấy phép hoặc tư vấn pháp lý của riêng bạn trước khi sử dụng; yêu cầu khác nhau tùy theo khu vực pháp lý và phương pháp tập luyện.