

综合患者信息采集表

医疗水疗患者的完整入诊表格，包括人口统计信息、病史、药物和过敏症

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

人口统计信息

性别 *

☐ 女性

☐ 男性

☐ 非二元性别

☐ 不愿透露

街道地址 *

城市 *

州/省 *

邮政编码 *

紧急联系人姓名 *

紧急联系人电话 *

病史

您是否患有或曾患有以下任何疾病？

☐ 自身免疫病（狼疮、类风湿关节炎等）

☐ 出血或凝血障碍

☐ 糖尿病（1型或2型）

☐ 心脏病或心脏疾病

☐ 高血压

☐ 甲状腺疾病

☐ 癫痫发作障碍/癫痫

☐ 乙肝或丙肝

☐ 艾滋病病毒/艾滋病

☐ 癌症（目前或既往）

☐ 疤痕疙瘩倾向

☐ 皮肤疾病（湿疹、银屑病、酒糟鼻）

☐ 唇疱疹/单纯疱疹

☐ 以上均无

如果对上述任何情况回答是，请提供详细信息

您目前是否怀孕或正在哺乳？ *

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不确定

在过去12个月内您是否进行过以下任何治疗？

☐ 肉毒杆菌/神经毒素注射 ☐ 真皮填充剂 ☐ 化学剥离
☐ 激光治疗 ☐ 微针治疗 ☐ 面部手术
☐ 以上均无

当前药物及过敏症

列出所有现用药物（包括补品和维生素）

您目前是否在服用血液稀释剂（阿司匹林、华法林、布洛芬等）？ *

☐ 是 ☐ 否

您在过去6个月内是否服用过异维A酸（Accutane）？ *

☐ 是 ☐ 否

列出所有已知过敏症（药物、乳胶、食物等） *

您是否曾对局部麻醉（例如利多卡因）有过过敏反应？ *

☐ 是 ☐ 否

当前皮肤护理

您如何描述自己的肤质？ *

☐ 干性 ☐ 油性 ☐ 混合型
☐ 敏感性 ☐ 正常

列出您目前使用的护肤产品

您的主要治疗目标是什么？ *

知情同意和签名

我确认上述提供的信息根据我的最佳认知是准确和完整的。我理解隐瞒或提供不准确的信息可能会影响我的治疗计划和结果。我同意将任何健康状况或药物的变化通知该诊所。

我确认已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上
述信息：_____

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。