

فرم شرح حال کلاینت

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:	سن:	کد ملی:	شغل:	وضعیت تاهل:
شماره تماس:	نحوه‌ی آشنایی:	محل سکونت:		

وضعیت بیماری‌ها

☐ فشار خون بالا	☐ بیماری قلبی	☐ صرع	☐ دیابت	☐ بارداری	☐ شیردهی	☐ چربی خون
☐ آلرژی	☐ عمل جراحی	☐ تئروئید کم‌کار	☐ تئروئید پرکار	☐ وجود هرگونه جسم خارجی (پین، پلاستین، ایمپلنت و ..)		
☐ هپاتیت	☐ آسم	☐ سردردهای مزمن				

در صورتی که عمل زیبایی از قبیل موارد زیر را انجام داده‌اید علامت بزنید.

☐ تزریق ژل	☐ بوتاکس	☐ لیزر چشم	☐ آنتو	☐ عمل بینی	☐ سولاریوم
-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

لطفاً به سوالات زیر با بله و خیر پاسخ دهید.

1. آیا بار اول است که خدمات فیشال انجام می‌دهید؟	☐ بله	☐ خیر
2. آیا قبلاً لایبرداری شیمیایی انجام داده‌اید؟	☐ بله	☐ خیر
3. آیا طی شش ماه گذشته قرص راکوتان مصرف کرده‌اید؟	☐ بله	☐ خیر
4. آیا تحت درمان با هر یک از داروهای زیر می‌باشید؟ (اگر جواب بله است دوزشان خط بکشید)		
(کنترل، آداپالان، دیفرین، رتین A، رتینوئیدهای موضعی، ویتامین A)	☐ بله	☐ خیر
5. آیا از داروهای حاوی کورتن استفاده می‌کنید؟	☐ بله	☐ خیر
6. آیا در گذشته بر اثر جراحی یا زخم پوستتان لک شده است؟	☐ بله	☐ خیر
7. آیا مشکلات گوارشی دارید؟	☐ بله	☐ خیر

نام محصولات پوستی که در منزل استفاده می‌کنید را به طور کامل بنویسید. (شوینده، ضدآفتاب، مرطوب کننده و ...)

شرایط پوستی

☐ میلیا	توضیحات:	☐ کومدون	توضیحات:
☐ لک	توضیحات:	☐ کک و مک	توضیحات:
☐ خال	توضیحات:	☐ کوپروز	توضیحات:
☐ چروک	توضیحات:	☐ پوسته پوسته	توضیحات:
☐ قرمزی و التهاب	توضیحات:	☐ افتادگی پوست	توضیحات:
☐ منافذ باز	توضیحات:	نوع پوست:	

اینجانب این فرم را در کمال درایت عقل و هوشیاری کامل و صادقانه پر کرده‌ام.

امضا و اثر انگشت

شماره جلسات	تاریخ	شرح خدمات
جلسه اول		
جلسه دوم		
جلسه سوم		
جلسه چهارم		
جلسه پنجم		
جلسه ششم		
جلسه هفتم		
جلسه هشتم		
جلسه نهم		
جلسه دهم		
جلسه یازدهم		
جلسه دوازدهم		