



เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดประเมินสุขภาพของท่าน และลงนามรับรองท้ายแบบประเมินนี้

<b>HEALTH ASSESSMENT : การประเมินด้านสุขภาพ</b>		คำแนะนำเบื้องต้น
1	Cancer : โรคมะเร็งทุกชนิด	<b>เข้ารับบริการไม่ได้</b>
2	Infaction, Cutaneous rash : โรคติดเชื้อ เช่น ฝี สิว สิวเสี้ยน กลากเกลื้อน โรคผิวหนังทุกชนิด ผิวหนังเป็นผื่นแดงคัน	
3	Blood illness HIV : โรคเอดส์	
4	Blood thinners : โรคโลหิตจาง	
5	Inflammatory phase : ระยะที่มีการอักเสบ เช่น การติดเชื้อ มีไข้	
6	Pregnancy : ผู้หญิงตั้งครรภ์	
7	Blood clot : การแข็งเป็นลิ่มของเลือด รับประทานยาละลายลิ่มเลือด	<b>จะต้องปรึกษาแพทย์ก่อนการรับบริการ</b>
8	Diabetes : โรคเบาหวาน	
9	Hypothyroidism : โรคไทรอยด์	
10	Long term corticoid : ผู้ที่ใช้ยาสเตียรอยด์มาเป็นเวลานาน	
11	Any recent cardiac issue(Infarctus, Angina, Arterial hypertension) : โรคเกี่ยวกับการเต้นของหัวใจ เช่นภาวะเสี่ยงโรคหัวใจวาย หลอดเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง	
12	Wear any prostheses,a pacemaker or eletric pump : สวมใส่เครื่องช่วยกระตุ้นหัวใจ	
13	Recently delivered a baby : อยู่ระหว่างให้นมบุตรหรือหลังคลอดบุตร	<b>รับบริการได้เฉพาะในส่วนที่มีสุขภาพดีเท่านั้น</b>
14	Any allergies : อาการแพ้ทุกประเภท	
15	Current nursing : อยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล	
16	Rosacea : โรคโรซาเซียหน้าแดง หรือ สิวหน้าแดง	
17	Varicose veins and Spider veins : เส้นเลือดคอด เส้นเลือดตีบ เส้นเลือดบวม หลอดเลือดอักเสบ ผิวบางจนเห็นเส้นเลือดฝอย	
18	Cutaneous lesion, Bedsore and Ulcer : ผิวหนังมีบาดแผล แผลกดทับ แผลมีหนอง ผิ	
19	Recent scar, Hypertrophic or Cheloid scar : แผลเป็นที่ยังใหม่ แผลเป็น แผลเป็นนูน หรือ คีรอยด์	
20	Osteo-articular or muscular lesion in acute phase : โรคเกี่ยวกับกระดูกหรือกล้ามเนื้ออักเสบเฉียบพลัน	
21	Hormonal implants : ผู้ที่ฝังยาคุมกำเนิด	
22	Veins surgery (in the first 2 months) : บริเวณที่ผ่าตัดในระยะสองเดือนแรก	
23	Operated area whit aesthetic surgery (therapeutical program) : บริเวณที่ผ่าตัดทำศัลยกรรมความงาม	
24	Piercing : บริเวณที่เจาะ	
25	Injection of Filler, Botox : บริเวณที่ฉีดสารทุกประเภท เช่น ฟิเลอร์ โบท็อกซ์ ร้อยไหม	
26	Lipoma : เนื้องอกไขมันใต้ผิวหนัง ก้อนเนื้อไขมัน	
27	Angioma : เนื้องอกเส้นเลือด เนื้องอกหลอดเลือด	
28	Upraised mole : ฝ้า	
29	Abdominal or Inguinal hernia : โรคไส้เลื่อน	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- .....สุขภาพของข้าพเจ้าแข็งแรงสมบูรณ์ มิได้มีอาการใดก็ตามที่ระบุในแบบประเมินนี้  
 .....มีปัญหาสุขภาพในลำดับที่.....(8 - 15) และได้รับคำรับรองจากแพทย์ว่าใช้บริการได้  
 .....มีปัญหาสุขภาพในลำดับที่.....( 16 - 29) แต่ใช้บริการในส่วนที่สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

ลายมือชื่อผู้รับบริการ.....  
 สาขา.....  
 วันที่.....  
 ลายมือชื่อพนักงาน.....

หมายเหตุ:

1. ลูกค้าจะต้องเป็นผู้ทำแบบประเมินภาวะสุขภาพ และลงนามด้วยตนเอง ต่อหน้าพนักงานเท่านั้น
2. พนักงานจะต้องตรวจประเมินภาวะสุขภาพของลูกค้าว่าสอดคล้องกับความเป็นจริง ในกรณีที่ไมแน่ใจ ต้องให้ลูกค้ายืนยัน
3. ในกรณีที่พนักงานไม่แน่ใจในคำตอบ ต้องหารือกับผู้บังคับบัญชาทันที
4. ลูกค้าจะต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพทุกครั้ง ก่อนเข้ารับบริการ