**基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※您的**基本信息：** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 婚否 | 已 □ 未 □ | | 电话 |  | | | 常驻区域 | 省 市 区 |
| ※您的**身体情况及既往史：** | | | | | | | | |
| 1、是否有以下过敏? | | | 过 敏 史 ： (有则书写) | | | | | 否□ 是□ |
| 化妆/护肤品□ 药品□ 酒精□ 花粉□ 果酸□ 动物□ 香料□ 光敏感□ 牛奶/鸡蛋/海鲜□其他□ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 2、是否患有或曾经患有下述，但不限于下述的任何疾病? | | | | | | | | 否□ 是□ |
| 高血压□  良恶性肿瘤□ | | 糖尿病□  精神或心理□ | | | 心脏病□  荨麻疹□ | 免疫性疾病□  神经系统疾患□ | | 血液疾病□  任何传染性疾患□ |
| 3、近6个月是否有失眠、焦虑、抑郁等情况?  是否曾经看过心理医生或就诊过精神科室? | | | | | | | | 无□ 有□ |
| 4、体内是否有任何的植入物?如心脏起搏器等。 | | | | | | | | 无□ 有□ |
| 5、是否有疤痕体质? | | | | | | | | 无□ 有□ |
| 6、是否属于高敏体质? | | | | | | | | 否□ 是□ |
| 7、是否怀孕期或哺乳期?末次月经时间： 年 月 日 | | | | | | | | 否□ 是□ |
| 8、是否备孕期? | | | | | | | | 否□ 是□ |
| 9、近3个月内有服用药品、保健品吗? | | | | | | | | 否口 是□ |
| 10、近3年内是否接受过手术或任何非手术医学美容治疗? | | | | | | | | 否□ 是□ |
| ※您目前**最想改善的问题：** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

签 名 ： 医 生 签 名 ：

年 月 日 年 月 日

**专科评估**

**皮肤基本情况：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 干性□ | 耐受性□ | 色素沉着性□ | 松弛性□ | 皱纹性□ | 其他： |
| 油性□ | 敏感性□ | 非色素沉着性□ | 紧致性□ | 下垂□ |

**皮肤详细状况：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **肤色与光泽** | **部** **位** **：**  **肤** **色** **：**白皙、中等、萎黄、暗黑；  **均** **匀** **度** **：**均匀、中等、不匀。 | **光** **泽** **度** **：**明亮、中等、暗哑。 |
| **肤质及弹性** | **部** **位** **：**  **弹性** **度** **：**Q弹、 一般、较松软、松软；  **光滑** **度** **：**光滑、较光滑、中等、较粗糙，粗糙。 | **毛** **孔** **：**细腻、较细腻、中等、较 粗大、粗大。 |
| **皱纹与轮廓** | **部** **位** **：**  **皱** **纹** **：**静态纹、动态纹、静态+动态纹。 | **大** **轮** **廓** **：**下颌缘模糊、双下巴、 太阳穴凹陷、苹果肌移位、侧颜 线条不流畅、咬肌肥大、颊凹；  **小** **轮** **廓** **：**印第安纹、法令纹、木 偶纹、泪沟、眼袋。 |
| **色素问题** | **部** **位** **：**  **种** **类** **：**多种、三种、两种、 一种；  **颜** **色** **：**棕褐色、棕黄色、青褐色、浅黑色、浅黄色； **合并皮下炎症：**无、轻度、中度、重度。 | **形** **态** **：**散在点状、簇集点状、点 片状、小片状；  **大** **片** **状** **：**边界清晰、模糊；  **色** **班** **活** **跃** **度** **：**活跃、静止、退 行 |
| **血管性问题** | **部** **位** **：**  **颜** **色** **：**黄黑、黑红、紫红、红色、鲜红、粉红 **形态** **：**迂曲扩张。均匀片状、弥漫潮红；  **边** **界** **：**清晰，模糊。 | **增** **生** **情** **况** **：**平滑无增生、增生突 出表皮、角质化；  **玻片实验：**不褪色、部分褪色、 完全褪色；  **充盈速度：**快、中等、慢。 |
| **痤疮及疤痕** | **部** **位** **：**  **皮疹种类：**白头粉刺、黑头粉刺、炎性丘疹、脓疱、 结节、囊肿、疤痕；  **临床分级：**I轻度、Ⅱ中度、Ⅲ中度、IV重度。 | **痘印颜色：**鲜红色、暗红色、红 褐色、浅褐色、深褐色：  **痘坑类型：**冰锥样、箱车样、滚  石样：密、疏：  **增生性疤痕：**有、无。 |
| **毛发问题** | **部** **位** **：**  **密** **度** **：**过密、中等、稀疏；  **质** **地** **：**毛糙、中等、光滑；  **韧** **度** **：**脆弱、中等、强韧；  **光** **泽** **：**佳、中等、不佳。 | **问题部位的皮肤情况：**  **油** **脂** **：**旺盛、中等、干燥； **鳞** **屑** **：**无、少、多  **炎** **症** **：**无、轻度、中度、重度。 |

其 他 问 题 评 估 ：

签 名 ： 医 生 签 名 ：

年 月 日 年 月 日

**诊断及处理意见 姓名：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **【诊断评估】** | | | |
| **时间** | **症状/诊断** | **建议方案** | **医生签名** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注 ：我同意病历原件由** **代为保管。**

签 名 ： 医 生 签 名 ：

年 月 日 年 月 日