



สร้างข้อมูลคนไข้

H.N.

ชื่อ-นามสกุล

ชื่อเล่น

เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

วันเกิด

อายุ

เบอร์ติดต่อ

ที่อยู่

บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

เบอร์ติดต่อ

Email

Facebook

Instagram

Line ID

Whatsapp ID

อาหารเสริมที่รับประทาน

ผลิตภัณฑ์บำรุงดูแลผิวหน้า

ปัญหาผิวหน้า/เรือนร่างที่กังวลใจ

โปรแกรมที่สนใจรับบริการ

ท่านอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่โปรดระบุอายุครรภ์

โรคประจำตัว

☐ มี

☐ ไม่มี

ถ้ามีโปรดระบุ

ประวัติการผ่าตัด

☐ มี

☐ ไม่มี

ถ้ามีโปรดระบุ

ประวัติการแพ้ยา

☐ มี

☐ ไม่มี

ถ้ามีโปรดระบุ

ประวัติการแพ้อาหาร

☐ มี

☐ ไม่มี

ถ้ามีโปรดระบุ

ท่านรู้จัก Vdesign Hair Center มาจากที่ใด

☐ Facebook

☐ Instagram

☐ Website

☐ เพื่อนแนะนำ

☐ ป้ายในส.พ.วิภาวดี

☐ รู้จักผ่าน Influencer/Net Idol ชื่อ

☐ อื่น ๆ

โปรดระบุ