THE BIO BALANCE CENTER for Women
HORMONE REPLACEMENT THERAPY

สำหรับเจ้าหน้าที่
HN / เลขแฟ้ม
วันที่ได้รับ
ผู้ตรวจสอบ

แบบฟอร์มประวัติผู้รับบริการ

แบบประเมินก่อนเริ่มการรักษาสำหรับผู้หญิง

ใช้เวลาประมาณ 6 นาที หัวข้อเกี่ยวกับอาการจะระบุช่วงเวลาที่ให้ตอบไว้ แพทย์จะพิจารณาคำตอบร่วมกับผลตรวจเลือด และอธิบายรายละเอียดให้คุณฟังในวันปรึกษา ทั้งที่คลินิกหรือทางโทรศัพท์ผ่าน LINE หรือ WhatsApp

8 หัวข้อ · 6 นาที | ข้อมูลเป็นความลับ | กรุงเทพฯ หรือพัทยา

วิธีส่งแบบฟอร์ม: กรอกข้อมูลบนคอมพิวเตอร์ บันทึกไฟล์ แล้วอัปโหลดไฟล์ที่บันทึกไว้ในหน้าแบบฟอร์มประวัติผู้รับบริการบนเว็บไซต์ของเรา หากใช้โทรศัพท์ กรอกแบบฟอร์มออนไลน์ในหน้าเดียวกันได้เลย

ผู้ชาย: กรุณาใช้แบบฟอร์มสำหรับผู้ชาย
กรุงเทพฯ 097-240-5686 (โทร / WhatsApp) · LINE @maximumbangkok | พัทยา 082-988-3515 (โทร / WhatsApp) · LINE @maximumpattaya
ช่องที่มีเครื่องหมาย * จำเป็นต้องกรอก

1 ข้อมูลของคุณ

ข้อมูลติดต่อและข้อมูลพื้นฐาน

ชื่อ-นามสกุล *

วัน/เดือน/ปีเกิด (วว/ดด/ปปปป) *

เบอร์โทรศัพท์ / WhatsApp *

LINE ID

อีเมล *

ภาษาที่ต้องการ

○ อังกฤษ ○ ไทย ○ อื่น ๆ

สาขาที่ต้องการ *

○ กรุงเทพฯ ○ พัทยา ○ สาขาใดก็ได้ / ยังไม่แน่ใจ

ส่วนสูง (ซม.)

น้ำหนัก (กก.)

รอบเอวระดับสะดือ (ซม.) ไม่บังคับ

อะไรทำให้คุณนัดปรึกษาครั้งนี้

2 ความปลอดภัยและข้อมูลผลเลือด

เพื่อให้แพทย์สั่งยาได้อย่างปลอดภัย คำตอบทั้งหมดเป็นความลับ

คุณเคยเป็นโรคหรือภาวะต่อไปนี้หรือไม่ เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ

☐ มะเร็งเต้านม
☐ ลิ่มเลือดอุดตัน (DVT/PE) หรือภาวะเลือดแข็งตัวง่ายผิดปกติ
☐ ไมเกรนที่มีอาการเตือน (ออรา)
☐ เบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน
☐ ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลที่กำลังรักษาอยู่
☐ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกหรือมะเร็งรังไข่
☐ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ใส่ขดลวด ผ่าตัดบายพาส หรือโรคหลอดเลือดสมอง
☐ โรคตับหรือโรคถุงน้ำดี
☐ เลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ
☐ ไม่มีข้อใดเลย

หากเคยมีภาวะหัวใจ / ใส่ขดลวด / บายพาส / หลอดเลือดสมอง ระบุปี

ยาและอาหารเสริมที่ใช้อยู่ (ชื่อและขนาด)

การแพ้ยา (ชื่อยาและอาการ)

☐ ไม่มีประวัติแพ้ยา

ใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

ตอบทุกข้อว่า ไม่เคย / เคยในอดีต / ใช้อยู่

เอสโตรเจน (ทุกรูปแบบ)	◯ ไม่เคย	◯ เคยในอดีต	◯ ใช้อยู่
โปรเจสเตอโรนหรือโปรเจสติน	◯ ไม่เคย	◯ เคยในอดีต	◯ ใช้อยู่
เทสโทสเตอโรนหรือ DHEA	◯ ไม่เคย	◯ เคยในอดีต	◯ ใช้อยู่
ยาคุมกำเนิดแบบเม็ด ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน ยาฝัง หรือยาฉีด	◯ ไม่เคย	◯ เคยในอดีต	◯ ใช้อยู่
ยาไทรอยด์	◯ ไม่เคย	◯ เคยในอดีต	◯ ใช้อยู่
โกรทฮอร์โมนหรือเปปไทด์	◯ ไม่เคย	◯ เคยในอดีต	◯ ใช้อยู่
ยากลุ่ม GLP-1 (เซมากลูไทด์ เทอร์เซพาไทด์)	◯ ไม่เคย	◯ เคยในอดีต	◯ ใช้อยู่

หากใช้ฮอร์โมนอยู่: ชื่อผลิตภัณฑ์ รูปแบบ (ยาเม็ด แผ่นแปะ เจล ครีม ยาฉีด ฝังเม็ดฮอร์โมน) และวันที่ใช้ครั้งล่าสุด

ประจำเดือนและการตั้งครรภ์

ข้อใดตรงกับคุณในปัจจุบัน *

◯ ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ ◯ ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ◯ ไม่มีประจำเดือน 12 เดือนขึ้นไป ◯ ประจำเดือนหมดหลังผ่าตัดหรือการรักษา

วันแรกของประจำเดือนครั้งล่าสุด (หรืออายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย)

เคยผ่าตัดมดลูกออกหรือไม่

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

เคยผ่าตัดรังไข่ออกหรือไม่

◯ ไม่เคย ◯ หนึ่งข้าง ◯ สองข้าง

ขณะนี้ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรหรือไม่ *

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

ต้องการมีบุตรในอนาคตหรือไม่

◯ ภายใน 12 เดือน ◯ สักวันหนึ่ง ◯ ไม่ต้องการ ◯ ยังไม่แน่ใจ

แมมโมแกรมครั้งล่าสุด (เดือน / ปี)

ตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งล่าสุด (เดือน / ปี)

ข้อมูลการตรวจเลือด (ถ้ามี)

งดอาหารก่อนเจาะเลือด

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

เวลาที่เจาะเลือด

เจาะเลือดวันที่เท่าไรของรอบเดือน (วันที่ 1 = วันแรกที่มีประจำเดือน)

☐ ไม่เกี่ยวข้อง

3 สุขภาพทางเพศ

ตอบตามช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อใดที่ต้องการคุยกับแพทย์โดยตรง ข้ามได้

ความต้องการทางเพศเมื่อเทียบกับ 5 ปีก่อน

◯ มากขึ้น ◯ เท่าเดิม ◯ น้อยลง ◯ น้อยลงมาก

ช่องคลอดแห้งในชีวิตประจำวัน

◯ ไม่เคย ◯ นาน ๆ ครั้ง ◯ บางครั้ง ◯ บ่อย ◯ ตลอดเวลา

0 = ไม่มีกิจกรรมทางเพศ · 1 = แทบไม่เคย · 2 = ไม่กี่ครั้ง · 3 = บางครั้ง · 4 = ส่วนใหญ่ · 5 = แทบทุกครั้ง

ขณะมีเพศสัมพันธ์ มีน้ำหล่อลื่นเพียงพอบ่อยแค่ไหน	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
รู้สึกไม่สบายหรือเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์บ่อยแค่ไหน	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
ถึงจุดสุดยอดได้บ่อยแค่ไหน	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
พึงพอใจกับเพศสัมพันธ์บ่อยแค่ไหน	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5

4 ระบบปัสสาวะ

0 = ไม่เคย · 1 = นาน ๆ ครั้ง · 2 = บางครั้ง · 3 = ประมาณครึ่งหนึ่ง · 4 = บ่อย · 5 = แทบทุกครั้ง

ปัสสาวะเล็ดเมื่อไอ หัวเราะ หรือออกกำลังกาย	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
ปวดปัสสาวะเร่งด่วนจนกลั้นได้ยาก	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
ปัสสาวะเล็ดก่อนถึงห้องน้ำ	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5
จำนวนครั้งที่ตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืน	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5+

5 อาการวัยทอง อารมณ์และพลังงาน

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0 = ไม่มีเลย · 1 = บางวัน · 2 = มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนวัน · 3 = แทบทุกวัน

ร้อนวูบวาบ	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
เหงื่อออกกลางคืน	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
ไม่ค่อยสนใจหรือไม่มีความสุขกับสิ่งที่ทำ	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
รู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า หรือสิ้นหวัง	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
วิตกกังวลหรือหงุดหงิดง่าย	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
ขาดแรงผลักดันหรือแรงจูงใจ	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
สมาธิไม่ดี ความจำแย่ลง หรือสมองตื้อ	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
ปวดข้อหรือปวดกล้ามเนื้อ	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3
ผมบาง ผิวแห้ง หรือมีขนบนใบหน้าหรือสิวเพิ่มขึ้น	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3

มีคนรอบตัวบอกว่าคุณดูหงุดหงิดง่าย เก็บตัว หรือเข้าสังคมน้อยลงหรือไม่

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

6 การนอนหลับ

จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับเฉลี่ยต่อคืน

คุณภาพการนอน (1 แย่มาก – 10 ดีมาก)

ร้อนวูบวาบหรือเหงื่อออกกลางคืนทำให้ตื่นหรือไม่

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

คุณนอนกรนเสียงดัง หรือมีคนเห็นว่าคุณหยุดหายใจขณะหลับหรือไม่

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่ ◯ ไม่แน่ใจ

คุณมักง่วงนอนในตอนกลางวันหรือไม่

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

7 การออกกำลังกายและการใช้ชีวิต

เวทเทรนนิ่ง (วันต่อสัปดาห์)

คาร์ดิโอ (วันต่อสัปดาห์)

ความแข็งแรงและการฟื้นตัวเมื่อเทียบกับ 2–3 ปีก่อน

○ ดีขึ้น ○ เท่าเดิม ○ แย่ลง

รูปแบบการกิน

○ ทั่วไป ○ โปรตีนสูง ○ คาร์บต่ำ / คีโต ○ IF (อดอาหารเป็นช่วง) ○ มังสวิรัติ / วีแกน ○ อื่น ๆ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (แก้วต่อสัปดาห์)

นิโคติน (บุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า)

○ ไม่เคย ○ เลิกแล้ว ○ ยังสูบอยู่

8 เป้าหมาย

เลือกสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับคุณไม่เกิน 3 ข้อ

เป้าหมาย 3 อันดับแรก (เลือกได้ไม่เกิน 3 ข้อ)

☐ พลังงาน
☐ การนอนหลับ
☐ ความต้องการทางเพศและความสบายขณะมีเพศสัมพันธ์
☐ ลดไขมัน
☐ ผิวและผม
☐ ชะลอวัย
☐ ลดอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน
☐ อารมณ์และแรงจูงใจ
☐ ความคิดแจ่มใส
☐ กล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และกระดูก
☐ รอบเดือนสม่ำเสมอ / อาการ PMS
☐ การมีบุตร

ใน 6 เดือนข้างหน้า คุณอยากให้อะไรเปลี่ยนไปมากที่สุด

มีอะไรอื่นที่ต้องการให้เราทราบหรือไม่

☐ **ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลนี้ถูกต้อง และยินยอมให้คลินิกเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อการประเมินและการดูแลทางการแพทย์ ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของคลินิก (บนเว็บไซต์) และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA) ***

ลายเซ็นผู้รับบริการ

วันที่

เดอะ ไบโอ บาลานซ์ เซ็นเตอร์ สำหรับผู้หญิง ในเครือแม็กซิมัม เพอร์ฟอร์แมนซ์ เวลเนส เซ็นเตอร์ · เป็นเจ้าของและดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์