MAXIMUM PERFORMANCE

WELLNESS CENTER

สำหรับเจ้าหน้าที่

HN / เลขแฟ้ม

วันที่ได้รับ

ผู้ตรวจสอบ

แบบฟอร์มประวัติผู้รับบริการ

แบบประเมินก่อนเริ่มการรักษาสำหรับผู้ชาย

ใช้เวลาประมาณ 5 นาที หัวข้อเกี่ยวกับอาการจะระบุช่วงเวลาที่ให้ตอบไว้ แพทย์จะพิจารณาคำตอบร่วมกับผลตรวจเลือด และอธิบายรายละเอียดให้คุณฟังในวันปรึกษา ทั้งที่คลินิกหรือทางโทรศัพท์ผ่าน LINE หรือ WhatsApp

8 หัวข้อ · 5 นาที | ข้อมูลเป็นความลับ | กรุงเทพฯ หรือพัทยา

วิธีส่งแบบฟอร์ม: กรอกข้อมูลบนคอมพิวเตอร์ บันทึกไฟล์ แล้วอัปโหลดไฟล์ที่บันทึกไว้ในหน้าแบบฟอร์มประวัติผู้รับบริการบนเว็บไซต์ของเรา หากใช้โทรศัพท์ กรอกแบบฟอร์มออนไลน์ในหน้าเดียวกันได้เลย

ผู้หญิง: กรุณาใช้แบบฟอร์มสำหรับผู้หญิง

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

☐ มะเร็งต่อมลูกหมาก ค่า PSA สูง หรือเคยตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมาก

☐ ลิ่มเลือดอุดตัน (DVT/PE) หรือค่าฮีมาโตคริต / เม็ดเลือดแดงสูง

☐ เบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน

☐ โรคตับหรือโรคไต

☐ ไม่มีข้อใดเลย

☐ มะเร็งเต้านม

☐ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ใส่ขดลวด ผ่าตัดบายพาส หรือโรคหลอดเลือดสมอง

☐ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

☐ ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลที่กำลังรักษาอยู่

หากเคยมีภาวะหัวใจ / ใส่ขดลวด / บายพาส / หลอดเลือดสมอง ระบุปี

ยาและอาหารเสริมที่ใช้อยู่ (ชื่อและขนาด)

การแพ้ยา (ชื่อยาและอาการ)

☐ ไม่มีประวัติแพ้ยา

ใช้ยากลุ่มไนเตรต (เช่น ไนโตรกลีเซอรีน) หรือยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่

○ ใช่ ○ ไม่ใช่

ตอบทุกข้อว่า ไม่เคย / เคยในอดีต / ใช้อยู่

	ไม่เคย	เคยในอดีต	ใช้อยู่
เทสโทสเตอโรน (ทุกรูปแบบ)	○	○	○
สเตียรอยด์อนาโบลิกหรือ SARMs	○	○	○
hCG โคลมิฟีน หรือเอนโคลมิฟีน	○	○	○
โกรทฮอร์โมนหรือเปปไทด์	○	○	○
ฟีนาสเตอไรด์หรือดูทาสเตอไรด์	○	○	○
ยาไทรอยด์	○	○	○
ยากลุ่ม GLP-1 (เซมากลูไทด์ เทอร์เซพาไทด์)	○	○	○

ยาช่วยการแข็งตัว (ซิลเดนาฟิล ทาดาลาฟิล) ได้ผลหรือไม่

○ ได้ผล ○ ได้ผลบางส่วน ○ ไม่ได้ผล ○ ไม่เคยใช้

หากใช้เทสโทสเตอโรนหรือ hCG อยู่: วันที่ใช้ครั้งล่าสุด

เวลาที่ใช้ครั้งล่าสุด

ต้องการมีบุตรในอนาคตหรือไม่

○ ภายใน 12 เดือน ○ สักวันหนึ่ง ○ ไม่ต้องการ ○ ยังไม่แน่ใจ

ข้อมูลการตรวจเลือด (ถ้ามี)

งดอาหารก่อนเจาะเลือด

○ ใช่ ○ ไม่ใช่

เวลาที่เจาะเลือด

ออกกำลังกายหนักภายใน 48 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือดหรือไม่

○ ใช่ ○ ไม่ใช่

3 สมรรถภาพทางเพศ

ตอบตามช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อใดที่ต้องการคุยกับแพทย์โดยตรง ข้ามได้

ความต้องการทางเพศเมื่อเทียบกับ 5 ปีก่อน

○ มากขึ้น ○ เท่าเดิม ○ น้อยลง ○ น้อยลงมาก

การแข็งตัวตอนเช้า

○ ทุกวัน ○ หลายครั้งต่อสัปดาห์ ○ สัปดาห์ละครั้ง ○ นาน ๆ ครั้ง ○ ไม่มีเลย

	1	2	3	4	5
ความมั่นใจว่าจะแข็งตัวและคงการแข็งตัวได้ (1 ต่ำมาก – 5 สูงมาก)	○	○	○	○	○

หากไม่มีกิจกรรมทางเพศในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้เลือก 0 ในสามข้อถัดไป

	0	1	2	3	4	5
เมื่อได้รับการกระตุ้น แข็งตัวพอที่จะสอดใส่ได้บ่อยแค่ไหน (1 แทบไม่เคย – 5 แทบทุกครั้ง)	○	○	○	○	○	○
คงการแข็งตัวจนเสร็จกิจได้บ่อยแค่ไหน (1 แทบไม่เคย – 5 แทบทุกครั้ง)	○	○	○	○	○	○
พึงพอใจกับการมีเพศสัมพันธ์มากน้อยเพียงใด (1 ไม่พึงพอใจเลย – 5 พึงพอใจมาก)	○	○	○	○	○	○

4 ระบบปัสสาวะ

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

	0	1	2	3	4	5
รู้สึกปัสสาวะไม่สุดหลังปัสสาวะ	○	○	○	○	○	○
ปัสสาวะไม่พุ่ง	○	○	○	○	○	○

ปวดปัสสาวะเร่งด่วนจนกลั้นได้ยาก ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

จำนวนครั้งที่ตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืน ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5+

5 อารมณ์ พลังงาน และสมาธิ

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

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

ไม่ค่อยสนใจหรือไม่มีความสุขกับสิ่งที่ทำ ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3

รู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า หรือสิ้นหวัง ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3

อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3

ขาดแรงผลักดันหรือแรงจูงใจ ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3

สมาธิไม่ดี ความจำแย่ลง หรือสมองตื้อ ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3

มีคนรอบตัวบอกว่าคุณดูหงุดหงิดง่าย เก็บตัว หรือเข้าสังคมน้อยลงหรือไม่

○ ใช่ ○ ไม่ใช่

6 การนอนหลับ

จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับเฉลี่ยต่อคืน

คุณภาพการนอน (1 แย่มาก – 10 ดีมาก)

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
☐ การแข็งตัว
☐ กล้ามเนื้อและความแข็งแรง
☐ การนอนหลับ
☐ ชะลอวัย
☐ สมรรถภาพทางกาย
☐ ความต้องการทางเพศ
☐ อารมณ์และแรงจูงใจ
☐ ลดไขมัน
☐ ความคิดแจ่มใส
☐ การมีบุตร

ใน 6 เดือนข้างหน้า คุณอยากให้อะไรเปลี่ยนไปมากที่สุด

มีอะไรอื่นที่ต้องการให้เราทราบหรือไม่

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

ลายเซ็นผู้รับบริการ

วันที่

แม็กซิมัม เพอร์ฟอร์แมนซ์ เวลเนส เซ็นเตอร์ · เป็นเจ้าของและดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์