

File No#: 1005117 Date: 31/10/2017  
اسم المريض:  
Patient Name: Rehman  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): \_\_\_\_\_ Gender (الجنس): M /  F  
Nationality (الجنسية): Egypt Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_ Phone No. (رقم الهاتف): 050-4766933

Contact Person in Case of Emergency: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us?

Ewas friend

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟  
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار  
2- دائمة الاحتراق , عديدة الاسمرار  
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار  
4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار  
5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم \_\_\_ لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم \_\_\_ لا

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم \_\_\_ لا

