Enw'r cleient:	
Dyddiad geni:	Rhif ffôn:
Cyfeiriad:	
Enw a manylion cyswllt meddyg:	

Rhaid i'r therapydd perthnasol wirio'r wybodaeth bob tro

Hanes meddygol perthnasol a nodiadau ffordd o fyw					
Alergedd	Ie ☐	Na ☐	Pilsen atal cenhedlu	Ie ☐	Na ☐
Llawdriniaeth ddiweddar	Ie ☐	Na ☐	Anghydbwysedd hormonaidd	Ie ☐	Na ☐
Ysmygu	Ie ☐	Na ☐	Diwedd y misglwyf	Ie ☐	Na ☐
Clawstroffobia	Ie ☐	Na ☐	HRT	Ie ☐	Na ☐
Pwysedd gwaed uchel/isel	Ie ☐	Na ☐	Epilepsi	Ie ☐	Na ☐
Problem calon/Rheoliadur (pacemaker)/Strôc	Ie ☐	Na ☐	Clefyd siwgr	Ie ☐	Na ☐
Rhwymedd	Ie ☐	Na ☐	Platiau metel/Piniau/IUD/Mewnblaniad hormonaidd	Ie ☐	Na ☐
Asthma/Problemau anadlu	Ie ☐	Na ☐	Unrhyw hanes o ganser	Ie ☐	Na ☐
Pen tost/Cur pen/Meigryn	Ie ☐	Na ☐	Arthritis	Ie ☐	Na ☐
Twymyn	Ie ☐	Na ☐	Anhawster symud rhannau o'r corff	Ie ☐	Na ☐
Tensiwn/Blinder	Ie ☐	Na ☐	Haemoffilia	Ie ☐	Na ☐
Problemau cefn/gwddf	Ie ☐	Na ☐	Hepatitis B/HIV/AIDS	Ie ☐	Na ☐
Chwydd/Edema	Ie ☐	Na ☐	Clefyd ewinedd/y croen	Ie ☐	Na ☐
Hanes o DVT/Fflebitis/Emboledd	Ie ☐	Na ☐	Afiechyd ewinedd/y croen	Ie ☐	Na ☐
Misglwyf cyson	Ie ☐	Na ☐	Haint y llygaid	Ie ☐	Na ☐
Yn feichiog/Ceisio dod yn feichiog	Ie ☐	Na ☐			

Ydych chi'n cymryd meddyginiaeth yn gyson? Os **ydych**, nodwch pa feddyginiaeth:	Ydw ☐	Nac ydw ☐
Manylion unrhyw therapi harddwch/driniaethau cosmetig diweddar yn yr un ardal ag y bwriedir cael triniaeth heddiw. Rhestrwch unrhyw rai perthnasol:	Ie ☐	Na ☐
Iechyd cyffredinol y cleient:		
Arsylwadau'r cleient/rhywbeth y mae angen bod yn ofalus ohono:		
Dyddiad prawf thermol/cyffyrddol/sensitifrwydd:		

Llofnod y cleient ar gyfer hawl i drin:	
Llofnod y therapydd:	**Dyddiad:**

Client name:	
Date of birth:	Phone number:
Address:	
Dr's name and contract details:	

Details to be checked every time by the working therapist

Relevant medical history and lifestyle notes					
Allergies	Yes ☐	No ☐	Contraceptive pill	Yes ☐	No ☐
Recent operations	Yes ☐	No ☐	Hormonal imbalance	Yes ☐	No ☐
Smoking	Yes ☐	No ☐	Menopause	Yes ☐	No ☐
Claustrophobic	Yes ☐	No ☐	HRT	Yes ☐	No ☐
High/Low blood pressure	Yes ☐	No ☐	Epilepsy	Yes ☐	No ☐
Heart issue/Pacemaker/Stroke	Yes ☐	No ☐	Diabetic	Yes ☐	No ☐
Constipation	Yes ☐	No ☐	Metal plates/Pins/IUD/Hormonal implants	Yes ☐	No ☐
Asthmatic/Respiratory problems	Yes ☐	No ☐	Any history of cancer	Yes ☐	No ☐
Headaches/Migraines	Yes ☐	No ☐	Arthritis	Yes ☐	No ☐
Fever	Yes ☐	No ☐	Limitation of body movement	Yes ☐	No ☐
Tension/Fatigue	Yes ☐	No ☐	Haemophilia	Yes ☐	No ☐
Back/Neck problems	Yes ☐	No ☐	Hepatitis B/HIV/AIDS	Yes ☐	No ☐
Swelling/Oedema	Yes ☐	No ☐	Nail/Skin diseases	Yes ☐	No ☐
History of DVT/Phlebitis/Embolism	Yes ☐	No ☐	Nail/Skin disorders	Yes ☐	No ☐
Regular periods	Yes ☐	No ☐	Eye infections	Yes ☐	No ☐
Pregnant/Trying to get pregnant	Yes ☐	No ☐			

Do you take regular medication? If **yes** please state which medication:	Yes ☐	No ☐
Details of recent beauty therapy treatments/cosmetic interventions in the area we propose to treat today. If **yes** please list:	Yes ☐	No ☐
Client general health and wellbeing:		
Client observations/precautions:		
Date of relevant thermal/tactile/sensitivity/patch test:		

Client signature for permission to treat:	
Therapist signature:	**Date:**

Corff – Talfen ymgynghoriad

Dyddiad:	
Triniaeth	**Sylw**
Llofnod y cleient:	
Llofnod y therapydd:	

Dyddiad:	
Triniaeth	**Sylw**
Llofnod y cleient:	
Llofnod y therapydd:	

Dyddiad:	
Triniaeth	**Sylw**
Llofnod y cleient:	
Llofnod y therapydd:	

Dyddiad:	
Triniaeth	**Sylw**
Llofnod y cleient:	
Llofnod y therapydd:	

Body – Consultation sheet

Date:	
Treatment	**Comment**
Client signature:	
Therapist signature:	

Date:	
Treatment	**Comment**
Client signature:	
Therapist signature:	

Date:	
Treatment	**Comment**
Client signature:	
Therapist signature:	

Date:	
Treatment	**Comment**
Client signature:	
Therapist signature:	