

AGA 問診票

(記載日) 平成 年 月 日

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 年齢 歳
住 所 _____

連絡先 (☎ 携帯電話) _____

- 1、何歳頃から薄毛が気になりはじめましたか？ (歳 頃)
- 2、どの部分の薄毛が気になりますか？ 下の図で気になる部分に斜線で示してください。



- 3、親・兄弟・祖父母などに脱毛症の方はいらっしゃいますか？
父系 (いる ・ いない) 母系 (いる ・ いない)
- 4、今までAGAの薬を利用したことはありますか？ いいえ はい
(はい と答えた方は、薬名をご記入ください)
- 5、育毛・発毛について心がけていることはありますか？
 外用薬・育毛剤を試す (種類)
 ストレス軽減 食事に注意する 十分な睡眠 禁煙
 マッサージなど その他 ()
- 6、今までに大きな病気をされたことや、慢性疾患で治療をうけていますか？
いいえ はい (はい と答えた方は、下↓から病名を選んでください)
[肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ ぜんそく
糖尿病 ・ その他 ()]
- 7、現在、飲んでいる薬はありますか？
いいえ はい ()
- 8、体に合わない注射や薬がありますか？
いいえ はい ()
- 9、なにかのアレルギーと診断されたことはありますか？
いいえ はい ()
- 10、お勤め先や、お住まいの市町村で、健康診断を年に1回以上受診をされていますか？
いいえ はい (毎年 月 頃)
- 11、当院に来院されたきっかけを教えてください。
*家族・知人の紹介 *医師の紹介 *看板 *電話帳 *チラシ・広告
*ホームページ *その他 ()