

AGA問診票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 様 才 生年月日 年 月 日

〒 □□□□-□□□□

住所

電話番号

当医院では患者さんの症状をより正確に理解して治療に反映できるように問診票の記入をお願いしております。よろしくお願ひ致します。

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？ 下図に示してください。



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、市販の育毛剤を試したことはありますか？

(はい ・ いいえ)

はい の方は具体的にご記入ください。

(リアップ ・ アデノゲン ・ モウガ ・ 加美乃素)

5、現在お使いの育毛剤はありますか？

(はい ・ いいえ)

はい の方は具体的にご記入ください。

(リアップ ・ アデノゲン ・ モウガ ・ 加美乃素)

6、現在通院している病院はありますか？

(ある ・ ない)

病院名	病名	内服薬

7、肝臓の病気(肝機能障害・肝炎 等)はありますか？

(ある ・ ない)

8、今迄薬を飲んで身体にあわなかったことはありますか？

(ある ・ ない) 症状 ()

9、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