

# AGA問診票

(診療申込書)

平成 年 月 日

フリガナ		生年	明・大	年	月	日
お名前 (漢字)		月日	昭・平			才
ご住所	(〒 - )	連絡先	自宅 ( ) - -			
			携帯 ( ) - -			
		身長	cm	体重		kg

●いつごろから抜け毛が始まりましたか？ ( )

●どの部位から抜け始めましたか？

- 額の生え際が後退してきた  頭頂部の髪が薄くなった  
 額の生え際と頭頂部の両方が抜け始めた  その他 ( )

●髪の毛にはりがありますか？

- うぶ毛のような細くて短い髪の毛が多くなり、ハリ・コシがなくなった  
 髪の毛の状態は以前とあまり変わらない

●抜け毛が気になりますか？

- シャンプーやブラッシングした時の抜け毛や、枕元に残る抜け毛が多くなった気がする  
 現在、抜け毛は気になるほどではない

●ご家族に髪の毛の薄い方はいますか？  父系にいる  母系にいる  いない

●現在、治療中の病気はありますか？  はい (病名： )  いいえ

●今まで病気にかかったことはありますか？  はい (病名： )  いいえ

●現在、服用中のお薬はありますか？  はい (お薬のなまえ： )  いいえ

●アレルギーがあるといわれたことはありますか？  はい (原因： )  いいえ

●当院をどこでお知りになりましたか？

- 看板 (当院)  看板 (駅名： 駅)  くちこみ(ご家族・ご友人)  
 病院 (医院) から紹介 ( 先生)  通りすがり  インターネット( )  
 その他 ( )

●診察にあたり、ご希望などあれば、お書き下さい。

( )

これらの情報は診療以外の目的に使用する事はありません。ご協力有難う御座いました。