

AGA問診票

(診療申込書)

平成 年 月 日

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

●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。