

AGA (男性型脱毛症) 治療

問診票

20 年 月 日

お名前	(フリガナ)
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
ご住所	
電話番号	
来院された きっかけ (○を付けて下さい)	1 インターネット (検索エンジン⇒Yahoo! , Google , その他) 2 知人の紹介 3 雑誌・その他 (具体的に覚えていれば : _____)

- 現在気になっている部位を教えてください。
(生え際 頭頂部 両方 その他 : _____)
- 薄毛が気になり始めた年齢は何歳ごろでしょうか。
(_____ 歳ごろ)
- 他院で AGA の治療を受けられたことがあれば教えてください。
ある (クリニック・病院名 : _____) ・ ない
- プロペシア (フィナステリド) を服用された経験があれば教えてください。
ある (服用した期間 : _____ ヶ月くらい) ・ ない
- ※4で「ある」と答えられた方のみお答え下さい。
服用されて、副作用と思われる症状が出たことがあるでしょうか。
ある (具体的に : _____) ・ ない
- 肝機能障害・肝炎等と診断された事があれば教えてください。
ある (具体的に : _____) ・ ない
- 現在降圧剤を服用されている、または過去低血圧と診断された事があればお知らせ下さい。
ある ・ ない
- その他、現在治療中の病気及び服用中の薬があればお知らせ下さい。
(具体的に : _____) ・ 特に無い
- 問診票の記載に偽りはなく、東京レオンクリニックでの治療に同意します。
はい ・ いいえ

(医療機関記入欄)

ID: _____