

問 診 票

年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏 名			
住 所	〒		
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 満 歳
T E L	(自宅)	(携帯)	

- ◆ いつ頃から毛が抜け始めましたか？ () 歳頃より
- ◆ 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 []
- ◆ 髪の毛にハリがありますか？
 - 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
 - 髪の毛のハリ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、枕元に残った抜け毛が多くなった気がする
 - 現在、抜け毛は気になる程ではない
- ◆ 家族に髪の毛の薄い人はいますか？
 - 両親、兄弟、祖父母に髪の毛の薄い人がいる 家族で特に髪の毛の薄い人はいない
- ◆ 肝臓が悪いといわれたことがありますか？ いいえ・はい
- ◆ 腎臓が悪いといわれたことがありますか？ いいえ・はい
- ◆ 現在、前立腺肥大症で投薬治療を受けていますか？ いいえ・はい [お薬]
- ◆ 現在治療中の病気はありますか？ いいえ・はい [お薬]
- ◆ 既往歴 あり 何年頃 [病名] なし
- ◆ 今までにAGA 治療薬 (プロペシア・フェナステリド・ザガ-ロなど) を服用したことがありますか？
 いいえ・はい [お薬]
- ◆ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
 いいえ・はい [病名] [お薬]
- ◆ 現在お使いの育毛剤はありますか？
 いいえ・はい [商品名]
- ◆ お酒は飲みますか？ いいえ・はい
- ◆ タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う (一日 本) ・禁煙した (年前から)
- ◆ AGA治療薬(プロペシア・フェナステリド・ザガ-ロなど)による肝機能の低下が報告されています。
 お勤め先やお住まいの市町村などで健康診断を年1回以上受診されていますか？
 いいえ・はい
- ◆ その他、ご質問やご心配があればご記入ください
 []

※当院では患者様間違いによる医療事故防止のため原則としてお名前をフルネームでお呼びしています。
 ご都合が悪い方は受付にお申し出ください。

- ◆ 当クリニックは何でお知りになりましたか？よろしければチェック を付けて下さい
 - 知人の紹介 医師の紹介 福祉施設の紹介 その他紹介
 - パソコンでの検索 スマホでの検索 パソコンでのネット広告 スマホでのネット広告
 - その他 ()

吉澤クリニック