

AGA・薄毛に関する問診票

カルテNo. _____ (記載日) _____ 年 月 日
ふりがな _____
氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 昭・平・令 _____ 年 月 日
郵便番号 _____

住所 _____ TEL _____

- 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？下の図で気になる部分に斜線で示してください。



- 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、今までAGAの薬を利用したことはありますか？いいえ はい(薬名: _____)

- 5、育毛・発毛について心がけていることはありますか？
外用薬・育毛剤を試す(種類: _____) ストレス軽減 食事に注意
十分な睡眠 禁煙 マッサージなど その他(_____)

- 6、今までに大きな病気をされたことや、慢性疾患で治療をうけていますか？いいえ はい

(はいと答えた方は、下↓から病名を選んでください)

肝臓病 腎臓病 高血圧 脂質異常症 ぜんそく 糖尿病 その他(_____)

- 7、現在、飲んでいる薬はありますか？いいえ はい(_____)

- 8、体に合わない注射や薬がありますか？もしくは、なにかのアレルギーと診断されたことがありますか？
いいえ はい(_____)

- 11、当院のAGA治療・薄毛治療を何でお知りになりましたか？

- 既に皮膚科に通っていた 地域の情報誌(クータ) LINE 看板 電話帳
当院のパンフレット 家族の紹介 知人の紹介 ネット検索による当院HP
ネット広告による当院HP WEBサイト:ドクターズファイル WEBサイト:病院なび
WEBサイト:caloo WEBサイト:Medical DOC Facebook Instagram
その他(_____)
他の医療機関からの紹介