

# 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