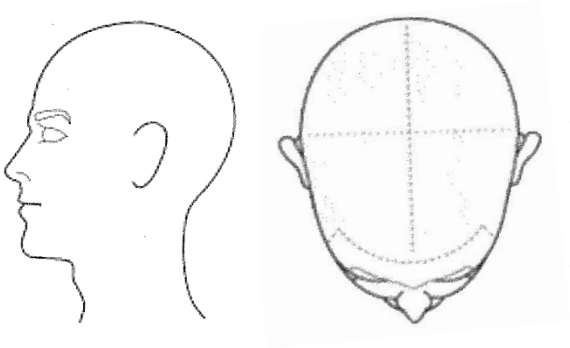
美容皮膚科【AGA】問診票問診

年　　月　　日

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成		
名前		年　　月　　日		歳	男
ご住所	〒				
電話番号		携帯番号			

① 何歳頃から薄毛が気になり始めましたか？　【　　歳頃から】

またどの部分の薄毛が気になるか、図に斜線でお示し下さい。



・市販薬を試したことはありますか？　いいえ

はい（　　）

・現在お使いの外用剤、育毛剤はありますか？　いいえ

はい（　　）

・育毛・発毛で心がけていることは？　ストレス軽減・十分な睡眠

その他（　　）

② 親、兄弟、祖父母などに薄毛、男性型円形脱毛症の方はいますか？　はい　・　いいえ

③ 現在治療中又は治療歴のある病気はありますか？

はい⇒　病名（　　）　・　いいえ

④ 現在服用しているお薬の種類を教えてください。

（　　）

⑤ 現在、肝臓病・高血圧・高脂血症・喘息・アトピー性皮膚炎などで治療について

治療していた　・　現在もしている　・　自覚はあるが治療を受けたことはない　・　治療を受けたことはない

⑥ これまでにお薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

はい⇒　飲み薬（　　）　・　注射（　　）　・　いいえ

症状⇒　倒れた　・　発疹が出た　・　その他（　　）

⑦ 当院に来院されたきっかけは？

知人の紹介　・　病院からの紹介　・　広告を見た　・　ホームページを見た　・　その他（　　）