

フリガナ 名前		生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
住所	〒 -	年齢	歳	性別	男・女
		電話番号			
		携帯番号			

① 気になること・ご相談内容をお選びください

- 抜け毛が増えた
- 髪の毛が細くなり、ハリやコシがなくなった
- 生え際が後退してきた
- 頭頂部(つむじ周辺)が薄くなってきた
- 予防したい
- 通院先を変更したい

② いつ頃から気になり始めましたか

- 3か月以内
- 6か月以内
- 1年以内
- 1年以上前から

③ 進行状況について教えてください

- 徐々に進行
- 急に進んだ
- 変わらない

④ どの部分が気になりますか

- 生え際
- 前頭部
- 頭頂部
- つむじ
- 側頭部(耳の上)
- 後頭部
- 全体的

⑤ 親・兄弟・祖父母などに薄毛・脱毛症の方はいますか

- 父方
- 母方
- 兄弟
- いない
- 不明

⑥ これまでに、あるいは現在 AGA 治療をしたことがありますか

- 特になし
- 内服薬
- 外用薬
- 注入治療
- 市販育毛剤
- 育毛シャンプー
- サプリメント

⑦ これまでに AGA 治療薬を飲んだことがありますか

- いいえ
- はい(薬品名: _____)
- (服用期間: _____)
- (効果: あった なかった わからない)

⑧ 現在治療中、または今までにかかったことのある病気はありますか

- なし
- 高血圧
- 糖尿病
- 高脂血症
- 前立腺肥大
- 肝臓病
- うつ病
- 精神疾患
- 癌(がん)
- その他(_____)

裏面もお願いします→

- ⑨ 現在、お薬を服用していますか
お薬の名前を記入していただくか、お薬手帳をお持ちの方はご提示ください
 いいえ はい(薬品名: _____)
- ⑩ これまでに肝臓が悪いと言われたことがありますか
 いいえ はい
- ⑪ 薬や注射、食事でじん麻疹やアレルギー症状が出たことがありますか
 いいえ はい(原因: _____ 症状: _____)
- ⑫ お酒を飲みますか
 いいえ はい
- ⑬ 定期検査などで年に1回以上、血液検査を受けていますか
 いいえ はい
- ⑭ 前立腺がん(PSA)検査を受けたことがありますか
 いいえ はい