

【プロペシア外来・問診票】

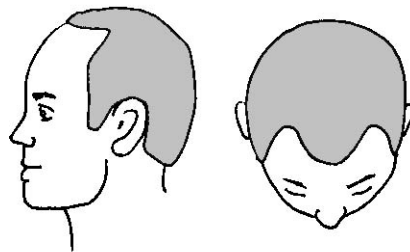
日付 _____

名前	フリガナ	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
				年齢			
住所	〒	-		電話	-		

◇ 現在の症状について

1. 何歳頃から薄毛が気になり始めましたか？

2. どの部分の薄毛が気になりますか？下の図で、気になる部分を斜線で示してください。



3. 親、兄弟、祖父母に脱毛症がありますか？○印をつけて下さい。

はい いいえ

4. こちらに来られるまでに何か治療を受けられましたか？（病院名、薬品名などをお書き下さい。薬局で買った薬などもお書き下さい。）

◇ 今までに次のような病気にかかったことがありますか？○印をつけて下さい。

肝臓病・高血圧症・高脂血症・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・特に無し

その他（特別な病気があればお書き下さい： _____）

◇ 健康診断などで肝臓の機能が悪いと言われたことがありますか？○印をつけて下さい。

はい いいえ

◇ 現在治療中の病気はありますか？

はい

いいえ

病名：

病院名：

薬品名：

◇ これまでに注射や薬で何か異常が出たことがありますか？

はい（薬品名： _____）

いいえ

◇ 日常生活についておたずねします。

タバコは吸いますか？

はい（1日 _____ 本）

いいえ

アルコールは飲みますか？

はい

いいえ

ご記入頂いた問診票は来院時に受付にお出しください。