

【AGA外来・問診票】

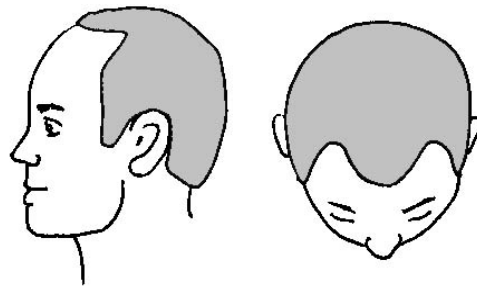
日付

名前	フリガナ	生年月日	昭和・平成
			年 月 日
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. 当院に来院するまでに何かAGA治療を受けましたか？(病院名、薬品名、薬局で買った薬など)

◇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記入下さい):

◇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？ 印をつけて下さい

はい 病名:

病院名:

薬品名:

いいえ

◇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？ 印をつけて下さい

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渡しください

ひまわり皮フ科