

《 A G A 問診表 》

保険外診療

受付日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	男
お名前でお呼び出しを希望されない方は受付までお申し出ください。 喫煙 なし・あり (本/日)	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ()歳
住所 〒	—
TEL ()	携帯番号 ()
職業	

問1 何歳頃から薄毛が気になり始めましたか？

またどの部分の薄毛がきになるか、下の図で気になる部分を斜線でお示してください。



- 問2 ①市販の外用剤を試したことはありますか？ いいえ・はい (商品名)
 ②現在お使いの外用剤、育毛剤はありますか？ いいえ・はい (商品名)
 ③育毛、発毛で心掛けていることはありますか？○をつけてください。
 ストレスの軽減・十分な睡眠・食事・洗髪の仕方・その他 ()

問3 親、兄弟、祖父に薄毛、又は男性型脱毛症の方はいらっしゃいますか？
 いいえ・はい (どなたですか？)

問4 今までに大きな病気をされたことはありますか？
 いいえ・はい ()

問5 現在何かの病気で治療を受けていますか？
 いいえ・はい ()
 →現在服用中の薬はありますか？ いいえ・はい(薬品名)
お薬手帳などお持ちでしたら問診表と一緒にお願いします。

問6 薬や注射の過敏症(アレルギー)はありますか？
 いいえ・はい ()

問7 何かのアレルギーがある・特異体質と言われたことはありますか？
 いいえ・はい ()

何かほかにご要望がございましたらご記入ください。
 ()