

AGA外来問診表

(診療申込書)

記入日:令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
氏名				
住所	(〒 -)	連絡先	(自宅・携帯)	

1	いつ頃から毛が抜け始めましたか？	()歳ごろ
2	どの部位から抜け始めましたか？	<input type="checkbox"/> 額の生え際が後退 <input type="checkbox"/> 頭頂部 <input type="checkbox"/> 額の生え際の後退と頭頂部の両方 <input type="checkbox"/> その他
3	髪の毛にハリがありますか？	<input type="checkbox"/> うぶ毛のような細くて短い髪の毛が多くなりハリやコシがなくなった <input type="checkbox"/> 髪の毛のハリは以前と変わらない
4	家族に髪の毛の薄い人はいますか？	<input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 髪の毛の薄い人はいない
5	肝臓が悪いといわれたことがありますか？	はい・いいえ
6	腎臓が悪いといわれたことがありますか？	はい・いいえ
7	現在前立腺肥大症で投薬治療を受けていますか？	はい・いいえ
8	現在治療中の病気はありますか？	はい・いいえ 病名()
9	今まで、入院や手術など、大きな病気にかかったことがありますか？	はい・いいえ 病名()
10	今まで、AGA治療薬を服用されたことはありますか？	はい・いいえ 薬剤名()