

AGA 問診票 【初診】

ID

--	--	--	--

フリガナ		住 所	住所のご記入は「区・市・郡・町」まで
氏 名			都 道 市 郡 県 府 区 町
生 年 月 日	昭 平 年 月 日 (歳)	電 話	- -

当院を何でお知りになりましたか？（□にチェック）

パソコン ⇒	<input type="checkbox"/> Yahoo!	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> SNS	<input type="checkbox"/> 口コミサイト
スマホ ⇒	<input type="checkbox"/> Yahoo!	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> SNS	<input type="checkbox"/> 口コミサイト
その他 ⇒	<input type="checkbox"/> 知人紹介	<input type="checkbox"/> ビル看板	<input type="checkbox"/> チラシ	<input type="checkbox"/> ティッシュ

診察の確認事項です（□にチェック）

いつ頃から抜け毛がはじまりましたか？	_____	歳頃
気になっている部位を以下から選んでください <input type="checkbox"/> 生え際 <input type="checkbox"/> 頭頂部 <input type="checkbox"/> 両 方 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
薬のアレルギー（発疹・発赤・かゆみ等）をおこしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
肝機能障害や肝炎など、肝臓の異常を診断されたことがありますか？ 「はい」を選択された方は以下に詳細をお書きください（薬名・通院の内容）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
上記以外で服用されている薬はありますか？ 「はい」を選択された方は以下に詳細をお書きください（薬名・通院の内容）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
過去にプロペシア・フィナステリド・ザガーロを服用されたことはありますか？ 「はい」を選択された方は以下もお答え下さい。 服用されていた期間はどのくらいですか？ _____ 月位 副作用と思われる症状があれば具体的に	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

本日、医師の説明を聞き、AGA 治療薬の処方を希望される方は署名をして下さい

署 名 _____

年 月 日 医師名

受 付

ザガーロ	プロペシア	フィナステリド
ヶ月分	ヶ月分	ヶ月分