

# 問診票

フリガナ	
氏名	_____様
生年月日	T S H R 年 月 日
日中つながる連絡先	( _____ )
住所 〒	_____ 焼津・藤枝・島田・静岡市

1. 現在気になる症状は何ですか。

抜け毛 毛が細くなった 薄毛 毛のコシがなくなった

2. 現在気になる箇所はどこですか。

生え際 前頭部 側頭部 頭頂部 後頭部

3. 過去にAGA（男性型脱毛症）の薬や育毛剤を使用したことはありますか。

いいえ・はい

4. 過去に薬を内服しアレルギーが出たり体調が悪くなったことはありますか。

いいえ・はい

5. 下記の病気にかかったことはありますか。

高血圧 心疾患 脳血管疾患 肝機能障害 腎機能障害 その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 現在治療中の病気や内服中の薬はありますか。

いいえ・はい (病名: \_\_\_\_\_ 薬: \_\_\_\_\_ )