

## AGA(男性型脱毛症) 治療 問診票

ID: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( 初診 ・ 再診 )

お名前	(フリガナ)	生年月日	昭和 ・ 平成 年 ____ 月 ____ 日生 ( ____ 歳)		
ご連絡先 (TEL 番号)	-                      -	お住まい	都 道 府 県		市 区 町 村
お住まい					
来院のきっかけ (○で囲んで下さい)	1.Google                  2.GoogleMAP          3.Yahoo! 4.広告バナー                                  5.知人の紹介 6.雑誌(雑誌名: _____ )          7.その他(具体的に: _____ )				
その他の治療	ED・早漏治療に興味がある 1.ある 2.ない		ダイエット治療に興味がある 1.ある 2.ない		

1.薄毛が気になり始めた年齢と症状が出始めた部位を教えてください

( \_\_\_\_\_ )歳頃から…生え際      頭頂部      生え際と頭頂部      その他

2.AGA の治療を受けられたことがありますか？

はい (病院名: \_\_\_\_\_ )      いいえ

3.プロペシアを服用されたことがありますか？

はい      いいえ

4.AGA 治療に関し以下のどちらをご希望ですか？

しっかり発毛      現状維持

5.血圧に異常がありますか？

はい      いいえ      具体的数字が分かれば記載下さい ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

6.現在治療中の病気及び服用中の薬はありますか？

はい (具体的に: \_\_\_\_\_ )      いいえ

\*この問診票で、当院の AGA 治療を受ける事に同意頂けたと判断させていただきます。

- ・服用2週間から初期脱毛が出現することがありますが、これは薬剤の効果が出ている証拠です。
- ・また効果が出るまで早くても3~6ヶ月かかります。
- ・毎日服用しないと発毛効果が減弱することが知られています。きちんと服用するようにしてください。
- ・AGA 治療は継続が大事です。継続治療を心がけましょう。

(医師記入欄)