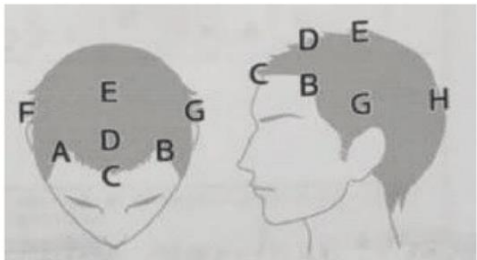


AGA治療用 問診票

作成日 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日							
氏 名		男	<input type="checkbox"/>	大	<input type="checkbox"/>	昭	<input type="checkbox"/>	平	<input type="checkbox"/>	歳
		女	<input type="checkbox"/>				年		月	
住 所	〒 -									
電話番号					緊急連絡先電話番号					
[当院をお知りになったきっかけは？（複数回答可）]										
<input type="checkbox"/> ご紹介（ 様） <input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> その他（ ）										

●どの部分の薄毛が気になりますか？下の図で気になる部分に☑チェックしてください



A B C D
 E F G H

●いつ頃から毛が抜け始めましたか？ () 歳頃から

●どの部位から抜け始めましたか？

額の生え際が後退してきた。 頭頂部の髪が薄くなった。

額の生え際と頭頂部の両方が抜け始めた。 その他（ ）

細くて短い髪の毛が多くなり、ハリ・コシがなくなった。

髪の毛のハリは以前とあまり変わらない。

●抜け毛が気になりますか？

シャンプーやブラッシングした時の抜け毛や、枕元に残った抜け毛が多くなった気がする。

現在、抜け毛は気になる程ではない。

●家族に髪の毛の薄い人はいますか？

両親、兄弟、祖父母に髪の毛の薄い人がいる。 家族で特に髪の毛の薄い人はいない。

●肝臓が悪いといわれたことがありますか はい いいえ

●腎臓が悪いといわれたことがありますか はい いいえ

●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

●現在、治療中の病気はありますか はい いいえ

「はい」の場合 → 病名（ ） 受診中の病院名（ ）

●過去に何か病気にかかれたことはありますか はい いいえ

「はい」の場合 → 病名（ ） いつ頃（ ）

●これまでに脱毛症の対応・施術をしたことがありますか はい いいえ

「はい」の場合 → ヘアエステ かつら 接着剤 育毛剤 植毛 その他

診察のご希望について

	希望日(曜日)	希望時間
第1希望	月 日 ()	: ~ : の間
第2希望	月 日 ()	: ~ : の間
第3希望	月 日 ()	: ~ : の間

ご希望日時に予約が取れない場合は予約可能日のご案内をさせていただきますので、以下の質問にもご記載をお願いいたします。

診察のお時間を取りやすい曜日に☑チェックをつけてください。(重複可)

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診察のお時間を取りやすい時間帯に☑チェックをつけてください。(重複可)

10-11時	11-12時	12-13時	13-14時	14-15時	15-16時	16-17時	17-18時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問は以上です。ご協力、ありがとうございました。

ルネスクリニック日本橋