

問診票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 様 生年月日：M T S H 年 月 日

住所 年齢 歳

電話番号 ()

1) いつ頃から薄毛が気になり始めましたか？ 【 歳頃】

2) どの部分が気になりますか？

後退した額の生え際

薄くなった頭頂部

生え際と頭頂部の両方

その他 ()

3) 両親・兄弟・祖父母などに薄毛の方はいらっしゃいますか？

父方【 いる いない 】 母方【 いる いない 】

4) 肝臓が悪いと言われたことはありますか？ 【 はい いいえ 】

5) 腎臓が悪いと言われたことはありますか？ 【 はい いいえ 】

6) これまで前立腺がんの検査（P S A）を受けたことはありますか？ 【 はい いいえ 】

7) 現在治療中の病気はありますか？ 【 はい いいえ 】

はいの場合は病名をおしえてください 【 】

8) 市販の育毛剤を試したことはありますか？ 【 はい いいえ 】

はいの場合は薬名をおしえてください 【 】

9) 現在お使いの育毛剤はありますか？ 【 はい いいえ 】

はいの場合は薬名をおしえてください 【 】

☆当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

1. インターネット【 Yahoo / Google / その他 () 】

検索に使用したキーワードをおしえてください ()

2. 電話帳 / 看板 / その他 ()