

AGA問診票

※AGA「Androgenetic Alopecia」＝男性型脱毛症

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		男性・女性
氏名		
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日 (歳)

問1 何歳ごろから薄毛が気になりましたか？

(歳ごろ)

問2 市販の育毛剤を試したことはありますか？

いいえ はい (商品名)

問3 現在お使いの育毛剤はありますか？

いいえ はい (商品名)

問4 親、兄弟、祖父母などに、薄毛・脱毛症の方はいますか？

いいえ はい

問5 育毛・発毛について心がけていることはありますか？

でお答えくださいストレス軽減食事に注意する十分な睡眠マッサージなどの刺激その他()

問6 今までに大きな病気をされたことや、慢性疾患で治療を受けていますか？

いいえ はい

はいと答えた方へ→病名を次のなかから選んでください

肝臓病・腎臓病・高血圧・高脂血症・ぜんそく

アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎

その他()

問7 現在飲んでいるお薬はありますか？

お薬手帳をお持ちの方は、そちらを問診票と一緒にお願いします。

いいえ はい(薬の名前)

問8 体にあわない注射や薬がありますか？

いいえ はい(薬の名前)

問9 なにかのアレルギーと診断されたことはありますか？

いいえ はい()

この問診票と一緒に保険証を窓口にお出してください。



よしおか内科胃腸科

内科・内視鏡内科・小児科