

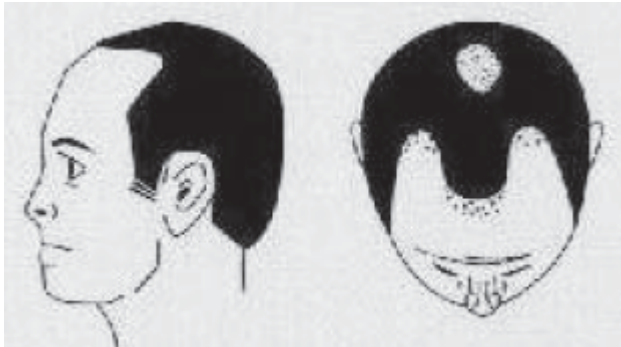
脱毛症問診表

受付日 平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所 〒	
TEL ()	携帯番号 ()
クリニックからの連絡 可・不可	

問1 何歳頃から薄毛が気になり始めましたか？〔 歳頃から〕

また、どの部分の薄毛が気になるか、下の図で気になる部位を斜線でお示してください。



- 1) 市販の外用薬を試したことはありますか？
いいえ はい⇒()
- 2) 現在お使いの外用剤・育毛剤はありますか？
いいえ はい⇒()
- 3) 育毛・発毛で心がけていることは？
(ストレス軽減、十分な睡眠、
その他：)

問2 親、兄弟、祖父母などに薄毛・男性型脱毛症がありますか？ (いいえ ・ はい)

問3 今まで大きな病気をされたことがありますか？(いいえ・はい⇒病名)

問4 現在、治療を受けていますか？(いいえ・はい⇒病名：肝臓病・高血圧・高脂血症・喘息・アトピー性皮膚炎・そのほか()

現在、常用している薬はありますか？ いいえ・はい⇒(薬品名)

お薬手帳などお持ちでしたら、問診表と一緒にお願いします。

問5 薬や注射の過敏症はありますか？ いいえ・はい⇒(薬品名)

問6 何かのアレルギーがある、特異体質などと言われた事などありますか？

いいえ・はい⇒()

問7 どのようにして当院をお知りになりましたか？

・通りがかり・ご家族 ・知人の紹介(ご紹介者名)

・駅の看板 ・新聞のちらし・インターネットで検索・その他()

問8 今後DM(クリニックからのお知らせなど)を出してもよろしいですか？(可・不可)