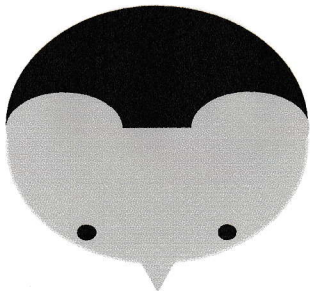


AGA 問診票

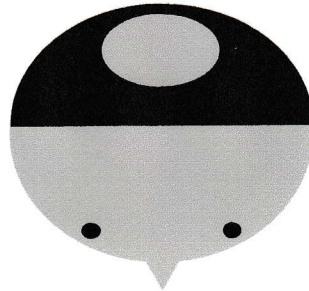
初診の場合、1～7までの設問にお答えください。

1. 何歳頃から薄毛が気になるようになりましたか？
(歳頃から)

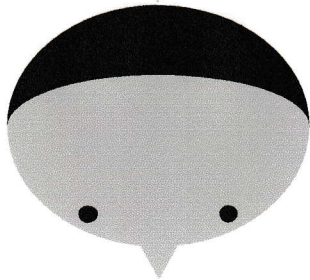
2. 薄毛はどのタイプに近いですか？ 丸で囲んでください (複数選択可)。



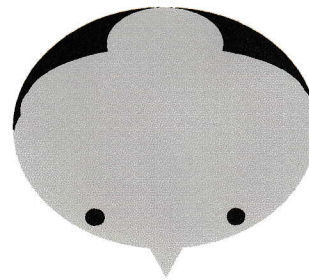
M型



O型



U型 (A型)



混合型

3. 両親、兄弟、祖父母に薄毛の方はいらっしゃいますか？

父系 (いる いない) 母系 (いる いない)

4. 肝臓の病気 (肝機能障害、慢性肝炎など) はありますか？

(ある ない)

(具体的な病名 _____)

5. AGA治療薬 (プロペシア、フィナステリド、ザガーロなど) を服用した経験はありますか？

(ある ない)

(いつ頃 _____) (服用したAGA治療薬 _____)

6. AGA治療薬を服用した経験のある方にお聞きします。

服用したAGA治療薬の効き目はいかがでしたか？

(効いた なんともいえない 効かなかった)

7. 問診票への記載に偽りはなく、当クリニックのAGA治療に同意いただけますか？

(はい いいえ)

署名 _____

再診の場合、下記の設問にのみお答えください。 治療が落ち着いている場合は、回答不要です。

8. 前回の処方薬で、副作用や気がかりな点がありましたか？

(ある ない)

(具体的な副作用や気がかりな点)
