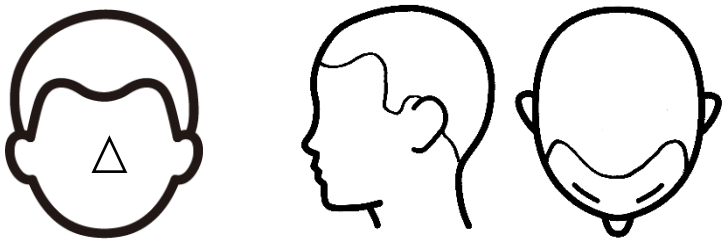
診察券番号（　　）

AGA 問診票

氏名：　　男・女　生年月日：　　/　　/　　（　　歳）

注意）AGA 治療薬は成人男性の方のみ服用できます。 女性には効果が認められていません。
妊婦・授乳婦の方は、絶対に服用しないでください。

いつ頃から抜け毛が始まりましたか？	（　　）歳頃
どの部分の薄毛が気になりますが？ 印をつけてください。	
髪の毛にハリがありますか？	□ うぶ毛のような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、枕元に残る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
ご家族に髪の薄い方はいますか？	□ 両親・兄弟・祖父母に髪の薄い人がいる □ 家族に髪の薄い人はいない
現在、治療中の病気はありますか？	□ はい（病名：　　） □ いいえ
過去に何かの病気にかかったことはありますか？	□ はい（病名：　　） □ いいえ
定期健診などで 1 年に 1 回以上採血検査を受けていますか？	□ 受けている　□ 受けていない
これまでに注射や薬で調子が悪くなったことがありますか？	□ はい（薬剤名：　　） □ いいえ
これまでに何か AGA 治療を行いましたか？内服していた場合はいつからいつまで飲んでいましたか？	□ はい→＜□内服薬（　　） □ 育毛シャンプー□ 育毛剤 □ヘアエステ□かつら □ 植毛 □ その他(　　) □ いいえ
日常生活についておたずねします。 タバコは吸いますか？ お酒は毎日飲みますか？	 □ はい（1 日　　本）　□ いいえ □ はい（1 日　　程度）　□ いいえ

ご料金の目安：初診時　診察代 3,300 円+採血 5,500 円　（採血結果があればご提出ください）
2 回目以降処方　（診察代 1,650 円(税込)+フィナステリド 1m g 28 日分　4,620 円（税込）