

# AGA問診票

フリガナ お名前		生 年 月 日	年	月	日 才
ご住所		電 話			
		身 長		体 重	

Q1, あてはまるものにチェックしてください。

- 最近抜け毛が多い
- 髪の毛が細く、ハリ・コシがなくなってきた
- 額や頭頂部の髪の毛が少ない
- 父親・祖父で薄毛の人がいる
- 喫煙している

Q2, 薄毛は何才くらいから意識していますか。 \_\_\_\_\_ 才

Q3, 現在薄毛に対してしていることがあればお書きください。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Q4, 現在すでにフィナステリド・デュタステリド(ザガーロ)・ミノキシジルを使用していますか。

- ( )はい ➡ 何をいつから使用していますか。(\_\_\_\_\_)
- ( )いいえ

Q5, 過去にフィナステリド・デュタステリド(ザガーロ)・ミノキシジルを使用して副作用が出たことがありますか。

- ( )はい ➡ どれで何が起こりましたか。(\_\_\_\_\_)
- ( )いいえ

Q6, 今、AGA以外で何か内服しているものはありますか。

- ( )はい ➡ 何かお書きください。(\_\_\_\_\_)
- ( )いいえ

Q7, 今後子供をつくる予定はありますか。

- ( )はい
- ( )いいえ

Q8, 最近(1年以内)の健診や採血をして異常を指摘されましたか。

- ( )はい ➡ 何が異常でどうなりましたか。(\_\_\_\_\_)
- ( )いいえ

Q9, 現在あるいは過去に肝臓病・腎臓病・精神疾患になったことがありますか。

- ( )はい ➡ いつ頃何がありましたか。(\_\_\_\_\_)
- ( )いいえ

Q10, ホームページの説明を読まれて、聞きたいことはありますか。あればお書きください

\_\_\_\_\_