

【AGA 問診票】

ご記入頂いた内容は、当院での診察・治療のみに使用致します。

フリガナ

お名前

生年月日 T・S・H 年 月 日 () 歳

〒 -
ご住所

電話番号（携帯可）

当院は初めてですか？ はい いいえ（診察券番号：)

-
- いつ頃から抜け毛が始まりましたか？ () 歳頃より
 - どの部位から抜け始めましたか？
 - 額の生え際が後退してきた。 頭頂部の髪が薄くなった
 - 額の生え際と頭頂部の両方が抜け始めた。 その他 ()
 - 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。
 - ご家族に髪の毛の薄い方はいますか？
 - 両親・兄弟・祖父母に髪の毛の薄い人がいる。
 - 家族に髪の毛の薄い人はいない。
 - 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
 - これまでに、脱毛症の対応・施術を受けたことがありますか？
 - はい (ヘアエステ かつら 育毛剤 植毛 その他 ())
 - いいえ

質問は以上です。ご協力、ありがとうございました。