

AGA 問診票

氏名	フリガナ		
生年月日	T・S・H	年 月 日	身長・体重
電話番号	携帯電話:		
住所	〒		

- ① 薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ
 薬品名 ()
- ② 過去にかかったことのある病気（風邪以外）はありますか？ はい いいえ
 病名 ()
- ③ 現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ
 病名 ()
- ④ 現在服薬中の薬はありますか？ はい いいえ
 薬品名 ()
- ⑤ 肝機能障害を指摘されていますか？ はい いいえ
- ⑥ 男性型脱毛症治療薬を服用したことはありますか？ はい いいえ
 ある場合⇒ (プロペシア フィナステリド ザガーロ ミノキシジル その他)
 服用期間⇒ (年 カ月)

※最後に、当院を知ったきっかけを教えてください。(該当するものに○)

- ・パソコン検索 (該当するものに○ → Yahoo Google その他)

検索ワード: _____

- ・スマホ検索 (該当するものに○ → Yahoo Google その他)

検索ワード: _____

- ・口コミ
- ・知人の紹介
- ・看板

ご協力ありがとうございました。