

# 問 診 票

来院日 年 月 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 )  
(〒 - )

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (分かる範囲でご記入下さい)

1. 今日はどうされましたか？ (どのような症状ですか？)

.....  
.....  
.....

2. それはいつ頃からですか？

.....

3. 現在治療中の病気はありますか？ (○を付けて下さい) いいえ

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病  
脳梗塞 脳出血 その他 ( )

※ 現在内服中のお薬・お薬手帳を持ってきた方は受付にお出し下さい

4. 女性の方へ・・・現在妊娠またはその可能性がありますか？ はい・いいえ

5. 親和クリニックを何でお知りになりましたか？ (○を付けて下さい)

- ①知人の紹介 \*差し支えなければご紹介者名を教えてください ( ) 様
- ②おもての看板・外掲示板 ③駅看板 ④他院からの紹介
- ⑤ホームページ (インターネット検索) ⑥電話帳・タウンページ ⑦町会の回覧・名簿など
- ⑧各種講演会や勉強会 ⑨パンフレット・その他 ( )

# AGA問診票

●診療前に以下の項目について状況をご記入ください。診療の参考にさせていただきます。

なお、ご記入いただいた氏名・住所等の情報(以下「個人情報」といいます。)は、診療の参考として使用させていただきます。

また、個人情報の安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保管いたします。

受診者	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成	年齢	性別
	氏名			年 月 日	歳	男
	住所	〒 (電話番号: )				

1. うす毛・抜け毛が気になりだしたのは、いつ頃からですか？

年位前より

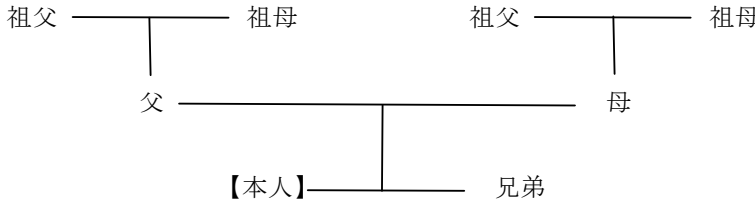
2. どの部位のうす毛が気になっていますか？

額の生え際    頭頂部(頭のとっぺん)    額の生え際と頭頂部(頭のとっぺん)の両方    その他

3. 他の人から抜け毛やうす毛を指摘されたことがありますか？

はい    いいえ

4. ご家族の方でうす毛の方がいらっしゃいますか。いらっしゃる場合は、その方を丸印で囲んでください。



5. 現在、他の医療機関に通院されていますか？

はい    いいえ

<はいと答えた方> どのような症状ですか？

6. 何かお薬を使用されていますか？(薬局で買ったお薬や育毛剤等も含めて)

はい    いいえ

<はいと答えた方> どんなお薬ですか？

7. 今までに大きな病気や手術をされたことはありますか？

はい    いいえ

<はいと答えた方> どのような症状ですか？

8. 脱毛部にかゆみなどがありますか？

はい    いいえ

その他、相談したいことや気になることがあればお書きください。