

AGA 問診票

年 月 日

お名前	(フリガナ)
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 歳
ご住所	〒
電話番号	

1. いつ頃から薄毛がきになりはじめましたか

(歳ごろ)

2. 薄毛が気になる部分を教えてください。

(生え際・頭頂部・生え際と頭頂部・その他:)



3. 上記の症状に関して、治療を受けたことがありますか？

(はい・いいえ)

4. 今までに肝臓の病気と診断されたことがありますか？(肝炎や肝機能障害など)

(はい :具体的に ． いいえ)

5. 現在治療中の病気もしくは、服用している薬はありますか？

(はい :具体的に ． いいえ)

6. その他、お気づきの点がございましたら、ご記入下さい

()