AGA治療問診票

名前

1. 薄毛が気になり始めた年齢と、症状が出始めた部位を教えてください。

(　　　　)歳頃から（生え際・頭頂部・両方・その他:　　　　　　　　　　　　　　）

1. 今までAGAの治療を受けたことがありますか？

いいえ　：　はい　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　（服用した薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在通院している病院・医院・クリニックはありますか？

いいえ　：　はい　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　（病名と服用している薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 肝臓の病気（肝硬変・肝炎）と診断されたことはありますか？

いいえ　：　はい

5, 　現在、血圧を下げる薬（肝硬変・肝炎）降圧剤を服用されている、もしくは低血圧と診断されたことはありますか？　　　　　　いいえ　：　　はい

1. 現在、前立腺肥大症の治療薬や尿を出しやすくする薬を服用していますか？

いいえ　：　はい

6．AGA治療の診察では、頭部、毛髪の写真を撮影すると治療効果の確認ができます。ご自身での撮影をオススメしていますが、当院でも可能です。撮影した画像は患者様個人の電子カルテ内に保管し、その他の用途で使用することはございません。

自身で撮影　　:　　当院で撮影希望