

# AGA 問診票

記載日 平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

- 1 何歳ごろから薄毛が気になり始めましたか？ 歳ごろ
- 2 どの部分の薄毛が気になりますか？ 図で気になる部分に印をつけてください。



- 3 今まで大きな病気をされたことはありますか？ はい ( ) いいえ
- 4、現在、慢性疾患で治療を受けていますか？ はい ( ) いいえ
- 5、内服しているお薬はありますか？ はい ( ) いいえ
- 6、お薬や注射などでアレルギーはありますか？ はい ( ) いいえ
- 7、最近、健康診断や人間ドックを受けられましたか？ はい ( ) いいえ