

AGA問診票

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

記載日 20 年 月 日

☆あてはまるものに○をお付けください。

1. いつ頃から毛が抜け始めましたか？ () 歳頃より
2. どの部位から抜け始めましたか？
【 額の生え際 ・ 頭頂部 ・ 額の生え際と頭頂部の両方 】
3. 髪の毛にハリがありますか？ 【 ある ・ ない 】
4. 抜け毛が多いですか？ 【 多い ・ さほど多くない 】
5. 家族に髪の毛の薄い人はいますか？
【 いる (両親 ・ 兄弟 ・ 祖父母) ・ いない 】
6. 肝臓が悪いと言われたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
7. 現在、前立腺肥大症の治療を受けていますか？ 【 はい ・ いいえ 】
8. 現在、前立腺癌の治療を受けていますか？ 【 はい ・ いいえ 】
9. 過去に脱毛症への対応をしたことがありますか？
【 はい (ヘアエステ ・ かつら ・ 植毛 ・ 育毛剤 ・ その他) ・ いいえ 】

※ご協力ありがとうございました。

お書きいただきました内容については、診療の目的の範囲を超えて利用いたしません。

なごみ泌尿器科クリニック