女性の薄毛治療に関する問診票

20　年　月　日（　）

フリガナ 氏名		生年月日	S ・ H　　年　　月　　日	年齢	歳
		電話			
ご住所	〒				

⑴薄毛が気になり始めた時期と場所は？　（全体、こめかみ、頭頂部、分け目…）

＿＿＿＿歳頃から＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が気になり始めた。

⑵薄毛の治療をしたことはありますか？効果はどうでしたか？

なし　　あり　治療内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その効果は？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑶タバコを吸いますか？

すわない　　すう ⇒1日＿＿＿＿＿本を＿＿＿＿＿＿年間

⑷現在、ダイエットはされていますか？

いいえ　　している　内容　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑸現在、治療中の病気や治療薬はありますか？（糖尿病、甲状腺機能亢進症・低下症など…）

なし　　あり　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　治療薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑹飲んでいるお薬やサプリメントはありますか？　　例：漢方、大豆イソフラボン、生理痛の薬など

なし　　あり＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑺アレルギーはありますか？

なし　　あり＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑻アルコールでかぶれますか？　　はい　　いいえ

⑼サプリメントに興味はありますか？　　ある　　ない

●必ずお読みください●

当院で扱っている海外製医薬品は、北米においてＦＤＡ(アメリカ食品医薬品局：Food and Drug Administration(*****))の基準を満たした製品のみを国内代理店経由で取得したもので、効能は問題ありません。勿論「海外ジェネリックは好まない」という方は国内製品(先発・後発)をお選びいただけます（成分は同じ、価格の違いのみ、ただし国内製品が存在しない場合も多くあります）。全て治療をするかどうかは**患者さんが自らの意思で決断・選択して下さい。**

(＊)FDA内の医薬品評価研究センター（CDER）では北米内の全ての医薬品が安全かつ、効果的であることを保証す

★ご来院のきっかけ…口コミで（　　）様、ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ、Google、net、その他（　　）