

受診日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 歳
職業	TEL
〒 (—)	

1. 薄毛が気になるのはどこの部位ですか？

額の生え際 頭頂部 頭髪全体 その他(.....)

2. いつ頃から薄毛や抜け毛が気になりましたか？

(.....)

3. 進行のスピードは

徐々に進行している 急激に進行している 分からない

4. 薄毛のお悩みで医療機関を受診したことがありますか？

はい(質問4へ)いいえ→何もしていない市販の育毛剤使用(.....)サプリメント内服(.....)その他(.....)

5. これまで受けた薄毛の治療について教えてください。

6. ここ最近、2～3カ月前までに次のようなことがありましたか。

出産 外傷 手術 高熱 ダイエット

感染症(.....) 精神的ストレス 抗癌剤投与

7. 現在治療中の病気はありますか？

なし

あり→ 貧血 ・ 甲状腺疾患 ・ 膠原病 ・ 亜鉛欠乏症 ・ 膵臓疾患 ・
肝臓疾患 ・ 悪性腫瘍（癌） ・ 慢性腎不全 ・

その他（.....）

8. 発症の2～4ヵ月前に開始された薬があれば教えてください。

（現在は中止されている薬も含む）

9. 当院を何でお知りになりましたか？

通院歴がある 自宅や職場・学校が近い ホームページを見て

ブログを見て 看板・バスのアナウンス広告

家族や知人、かかりつけ医からの紹介（紹介者名：.....）

10. 他にもお悩みがありますか？

.....

.....

.....

ご協力いただきありがとうございます。

記入後は受付にお出し下さい。