

皮フ科

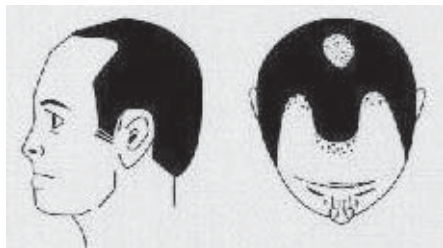
プロペシア問診票

受付日 平成 年 月 日

* ご予約はお電話でも承ります。050-3734-0692 へ。

フリガナ 氏名	男 ・ 女 ↓ 妊娠している可能性が ・ ある ・ ない
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所 〒 - 区・市・郡	
Tel () 携帯番号 ()	
希望連絡先がある場合 Tel ()	
会社又は学校名	

問1 何歳頃から薄毛が気になり始めましたか？
また、どの部分の薄毛が気になるか、下の図で気になる部位を斜線でお示しください。
〔 歳頃から〕



- 1) 市販の外用薬を試したことはありますか？
いいえ はい ()
- 2) 現在お使いの外用剤・育毛剤はありますか？
いいえ はい ()
- 3) 育毛・発毛で心がけていることは？
(ストレス軽減、十分な睡眠、
その他： ()

問2 親、兄弟、祖父母などに薄毛・男性型脱毛症がありますか？ (いいえ ・ はい)

問3 今まで大きな病気をされたことがありますか？
いいえ・はい (病名 ()

問4 現在、肝臓病・高血圧・高脂血症・喘息・アトピー性皮膚炎などで治療を受けていますか？
いいえ・はい (病名 ()

↳ 現在、常用している薬はありますか？ いいえ・はい (薬品名 ()
お薬手帳などお持ちでしたら、問診表と一緒にお願いします←

問5 薬や注射の過敏症はありますか？ いいえ・はい (薬品名 ()

問6 何かのアレルギーがある、特異体質などと言われた事などありますか？
いいえ・はい ()

問7 どのようにしてミルディス皮フ科をお知りになりましたか？
・ ご家族 ・ 知人の紹介(ご紹介者名 ()
・ 駅の看板 ・ 新聞のちらし ・ タウンページ
・ インターネットで検索→(Google yahoo 他 () ・ その他(()

問8 今後DM(クリニックからのお知らせ、キャンペーン情報など)を出してもよろしいですか？
(欲しい ・ 欲しくない)

18歳未満には送付いたしません。保護者の方でご希望の方は希望者名をご記入下さい。
↳ 保護者名 ()