

ふりがな
ご氏名

1. 何歳ごろから薄毛が気になりますか。 (歳ごろから)
2. どの部分が気になりますか。
額の生え際 頭頂部 その他 ()
3. 髪の毛について
毛が細くなった
まくらに残る抜け毛が増えた
シャンプーやブラッシング時の抜け毛が増えた
その他 ()
4. 家系に薄毛の方はいますか。
両親 兄弟 祖父母 いない
5. 今までにAGA治療を行いましたか。
内服 (種類: 期間:)
外用 (種類: 期間:)
6. 睡眠時間 (時間 ・ 時 分 ~ 時 分ぐらい)
7. 肝機能障害や肝臓の病気を指摘されたことはありますか。 はい いいえ
8. 勤務先や市町村などの健康診断を年1回以上受診されていますか。 はい いいえ
→ はい の方:最後に受けたのはいつ頃ですか。(年 月ごろ)
9. ご希望の治療について (金額は税込となります。)
内服:フィナステリド 28日分 6,600円 (プロペシアのジェネリック)
内服:デュタステリド 30日分 7,700円 (ザガーロ のジェネリック)
外用: FR-12 (約1か月分) 11,000円 (高濃度ミノキシジル12%外用剤)
診察時に相談

ご記入ありがとうございました。初診時間診票と一緒に受付にご提出ください。