

初診問診票

年 月 日

フリガナ
お名前
フリガナ
ご住所
昭・平 年 月 日 生まれ 年齢 歳
TEL

1. いつ頃から薄毛が気になり始めましたか？
(年 月頃、 歳頃、 年前)
2. どの部分が気になりますか？
頭頂部 はえ際 全体 その他()
3. 身内に脱毛症の方はいらっしゃいますか？
両親 兄弟 祖父母 その他()
4. 今までに病気で治療を受けたことがありますか？
なし あり()
5. 現在治療中の病気はありますか？
なし あり()
6. 今までに薬で副作用が出たことがありますか？
なし あり 薬の名前()
症状()

ありがとうございました。
ご記入頂いた問診票は来院時に受付にお渡し下さい。