

AGA治療 問診票

ID _____	初診 ・ 再診	20 年 月 日
お名前 <small>(フリガナ)</small>	生年月日	昭和・平成 年
		月 日 歳
ご連絡先 (お電話番号)	お住まいの 都道府県	
来院のきっかけ (○で囲んでください)	知人の紹介 ・ 雑誌(雑誌名: _____) ・ クリニックホームページ ネットで検索(検索エンジン: Google・Yahoo!・発毛web・その他ブログなど) その他 (具体的にお願いします: _____)	

- うす毛が気になり始めた年齢と、症状が出始めた部位を教えてください。
(_____) 歳ごろから(生え際・頭頂部・生え際と頭頂部・その他: _____)
- 今まで、他院でAGAの治療を受けられたことがありますか？
はい(クリニック・病院名: _____) ・ いいえ
- 今までに、プロペシアやザガーロを服用されたことはありますか？
はい ・ いいえ
- ※3で「はい」と答えられた方のみお答え下さい。
上記の内服薬を服用されて、副作用と思われる症状が出たことはありますか？
はい(具体的に: _____) ・ いいえ
- 肝臓の病気(肝機能障害・肝炎等)と診断された事がありますか？
はい(具体的に: _____) ・ いいえ
- 現在、降圧剤を服用されている、もしくは低血圧と診断された事がありますか？
はい(内服薬の種類: _____) ・ いいえ
- 上記までの質問に出た以外で、現在治療中の病気及び服用中の薬はありますか？
はい(具体的に: _____) ・ いいえ
- 医師に何か聞いておきたい不明点、質問などがありますか？
はい ・ いいえ
- 問診票の記載に偽りはなく、当院のAGA治療を受ける事に同意頂けますか？
はい ・ いいえ

AGA治療薬の注意点
 服用は、24時間に1度を目安にしてください。
 効果が出るまで、早くて3ヶ月～6ヶ月かかります。その間、継続して服用する必要があります。
 前立腺癌の検査をされる方は、事前にフィナステリド製剤を服用している事を検査担当の医師にお伝えください。

※ 報告されている副作用について
 [性欲の減退、手足のむくみ、嘔吐、腹痛、肝機能障害、など]
 いずれも報告数は極少数ですが、万が一副作用と思われる症状が出ましたら、服用を中止して医師にご相談ください。