

問 診 票

ご記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
ご住所	〒	連絡先電話番号

1	いつ頃から毛が抜け始めましたか？ () 歳頃より	
2	どの部位から抜け始めましたか？ <input type="checkbox"/> 額の生え際 <input type="checkbox"/> 頭頂部 <input type="checkbox"/> 額の生え際と頭頂部の両方 <input type="checkbox"/> その他 ()	
3	髪の毛にハリがありますか？	はい・いいえ
	<input type="checkbox"/> うぶ毛のような細くて短い髪の毛が多くなり、ハリ・コシがなくなった。 <input type="checkbox"/> 髪の毛のハリは以前とあまり変わらない。	
4	抜け毛が気になりますか？	はい・いいえ
	<input type="checkbox"/> シャンプーやブラッシングした時の抜け毛や、枕元に残った抜け毛が多くなった。 <input type="checkbox"/> 現在、抜け毛は気になる程ではない。	
5	家族に髪の毛の薄い人はいますか？	はい・いいえ
	<input type="checkbox"/> 両親、兄弟、祖父母に髪の毛の薄い人がいる。 <input type="checkbox"/> 家族で特に髪の毛の薄い人はいない。	
6	肝臓が悪いといわれたことがありますか？	はい・いいえ
7	腎臓が悪いといわれたことがありますか？	はい・いいえ
8	現在、前立腺肥大症で投薬治療を受けていますか？	はい・いいえ
9	現在、治療中の病気はありますか？	はい・いいえ
	「はい」の場合 → 病名 () 受診中の病院名 ()	
10	過去に何か病気にかかれたことはありますか？	はい・いいえ
	「はい」の場合 → 病名 () いつ頃 ()	
11	これまでに脱毛症の対応・施術をしたことがありますか？	はい・いいえ
	「はい」の場合 → <input type="checkbox"/> ヘアエステ <input type="checkbox"/> かつら <input type="checkbox"/> 接着剤 <input type="checkbox"/> 育毛剤 <input type="checkbox"/> 植毛 <input type="checkbox"/> その他	



ながおクリニック