

【AGA (うす毛) 外来問診票】

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 () 歳

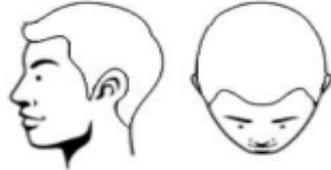
〒 _____ 電話番号 _____

ご住所 _____

1. 何歳ごろから薄毛が気になり始めましたか？

(_____ 歳頃から)

2. どの部分の薄毛が気になりますか？下の図できになる部分をマークで示してください。



3. 親・兄弟・祖父母に脱毛症がありますか？ ○印をつけてください

はい

いいえ

4. これまでに何かAGA治療を行ないましたか？(病院名・内服薬・育毛剤・育毛シャンプーなど)

内服していた場合はいつからいつまで飲んでいたか期間もかいて下さい。

5. 今までに次のような病気にかかったことがありますか？○印つけてください

腎臓病・肝臓病(健診での数値異常を含む)・高血圧・高脂血症・喘息・アトピー・特になし・その他 (_____)

6. これまでに注射や薬で調子が悪くなったことがありますか？○印つけてください

はい 薬剤名: _____

いいえ

7. 日常生活についておたずねします。

タバコは吸いますか？

はい (1日 _____ 本)

いいえ

お酒は毎日飲みますか？

はい (1日 _____ 程度)

いいえ

8. ご希望の治療についておたずねします。

① 内服について(男性の場合です。女性の方は別にお薬がありますので記載は不要です)

「フィナステリド」と「デュタステリド」の2種類のお薬があります。

フィナステリドはプロペシアというお薬の後発品で、比較的値段が安いです。

デュタステリドは新しいお薬で、人にもよりますがフィナステリドよりも効果が1.6倍高いと

されています。副作用はどちらも少なく、安全性の高いお薬です。

ご希望はどちらですか？○印をつけてください 以下価格は税抜表示です

フィナステリド (28日分 5478円税込)・デュタステリド (30日分 6380円税込)・話を聞いてから決めたい

② 外用薬について

医学的に効果の高い育毛剤にミノキシジルがあります。市販では「リアップ」として1%、5%(1ヶ月分

7000円程度)のものがあります。当院では効果を考えて5%のミノキシジル(1ヶ月 5280円)を扱っています。

ご希望はいかがですか？ ○印をつけてください

ミノキシジルを希望する

話を聞いてから決めたい

内服のみを希望する

以上でおしまいです。受付にお渡しください。

町野皮ふ科