

男性型脱毛症（AGA）の服薬治療を希望される方へ、あらかじめご記入をお願いします。

ふりがな	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	生
氏名	:		年齢			才
ご住所	:					
電話番号	:	— () —				

- ・ 薄毛を自覚した時期はどの位前ですか？ 年 ヶ月前より
- ・ 特に薄毛が急激に進行したと感じた時期はどの位前ですか？ 年 ヶ月前より
- ・ その頃に、（ストレス・体の不調・頭のカユミやハレ・仕事が忙しい）などがありましたか？（丸印で囲む）
- ・ 何かお薬を使用されましたか？ はい（ ） ・ いいえ
- ・ 薄毛の遺伝がありましたら右記を丸印で囲んでください。
- ・ どのあたりが気になりますか？丸印で囲んでください。

