

# AGA治療用 問診記録用紙

作成日： 年 月 日

フリガナ

1. 氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

職業： \_\_\_\_\_ 電話番号： ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 希望の内服薬の種類は決まっていますか？

- ①ザガーロ                      ②デュタステリド(ザガーロのジェネリック)  
③フィナステリド(プロペシアのジェネシック)              ④決まっていない

3. 薬で、薬疹や アレルギーを起こしたことがありますか？    ある ・ ない

\_\_\_\_\_ 年 月 薬名： \_\_\_\_\_

4. 薬で胃の調子が悪くなりますか？                      なる ・ ならない ・ わからない

5. 現在治療中の病気があればお答えください。

病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

6. 近い将来 子供を持ちたいと思っていますか？                      はい ・ いいえ

7. どのようにして当院をお知りになりましたか？

家族・知り合いに聞いて    他院からの紹介    インターネット  
当院の看板    情報誌    電話帳    その他

(特記事項)