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 デュタステリド(院内処方) ② フィナステリド(院内処方)
② 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)