

AGA外来問診票

(診療申込書)

記入日

年

月

日

フリガナ				男・女	生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日
氏名	様						年	月	日
住所	〒								
電話	自宅	()	—	携帯	—				

★ 診療上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

1) いつ頃から気になり始めましたか
2) どの部位が気になりますか <input type="checkbox"/> 額の生え際 <input type="checkbox"/> 頭頂部 <input type="checkbox"/> 全体のボリューム <input type="checkbox"/> その他 ()
3) これまでにAGAの手当をしたことがありますか <input type="checkbox"/> デュステリド®服用(ザガーO) <input type="checkbox"/> フィナステリド®服用(プロペシアまたはそのジェネリック) <input type="checkbox"/> ミノキシジル(リアップ®など)塗布 <input type="checkbox"/> その他、育毛剤やシャンプー()
4) 現在治療中の病気がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → どのような病気ですか…()
5) 現在服用している薬がありますか。 ※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提示ください <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→どのような薬ですか…()
6) 過去に肝臓の病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→いつごろ、どのような病気ですか…()
7) 健康診断などの血液検査で肝機能の異常を指摘、または経過観察と言われたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない・覚えていない <input type="checkbox"/> ある→いつごろ、どのような指摘ですか? ()
8) B型肝炎・C型肝炎の検査をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> B型肝炎を調べたことがある <input type="checkbox"/> C型肝炎を調べたことがある <input type="checkbox"/> どちらも調べたことがない <input type="checkbox"/> 調べたかどうかわからない・覚えていない →検査結果をお知らせください ※陽性の方は当院ではザガーOの処方できません B型肝炎 (陰性・陽性) いつごろ検査しましたか→ 年 月頃 C型肝炎 (陰性・陽性) いつごろ検査しましたか→ 年 月頃
9) アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> その他 ()
10) 飲み薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→どのような薬ですか…()
11) 近々、子どもをもつことを希望されていますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない
12) ご来院のきっかけをお選び下さい。 <input type="checkbox"/> 当院(整形外科)で受診したことがある <input type="checkbox"/> 家が近所 <input type="checkbox"/> 会社・学校の近所 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 ()
気になること・質問事項など