



## AGA 治療薬の処方を受ける方のチェックリスト

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| フリガナ<br>お名前         | 生年月日 ( 昭和 ・ 平成 )<br>年 月 日 |
| ご連絡先<br>( 携帯 ・ 自宅 ) |                           |

■男性型脱毛 (AGA) についてどこまでご存知ですか？

- よくわからない
  広告などで見た程度
  治療経験があり良く理解している

下記のご質問にお答えください。「はい」の場合はカッコ内に詳細を記入して下さい。

|    |   |   |
|----|---|---|
| 1  | 何歳ごろから薄毛が気になり始めましたか？  | ( 際頃 )  |
| 2  | 親、兄弟、祖父母などに薄毛の方はいらっしゃいますか？                                    | <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ      |
| 3  | 以前、薬によって過敏症状 (発疹、発赤、かゆみ、その他のアレルギー症状) を起こしたことがありますか？           | <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ      |
| 4  | 市販の育毛剤を試した事がありますか？  | <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ      |
| 5  | AGA 治療を他院で受けられた事がありますか？                                       | <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ      |
| 6  | 喫煙はされますか？   | <input type="checkbox"/> はい ( 1日 本 ) <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7  | 飲酒はされますか？   | <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> いいえ      |
| 8  | 睡眠時間はどれぐらいですか？  | ( 時頃入眠 時間 )   |
| 9  | 重い肝臓の病気がありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ          |
| 10 | 腎臓を患っている、もしくは血液透析をしていますか？                                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ          |
| 11 | 頭皮の皮膚疾患がある、もしくは現在皮膚科で治療を受けられていますか？                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ          |
| 12 | 前立腺がんの検査 (PSA) を受けたことがありますか？<br>もしくは泌尿器科等で前立腺関連の治療を受けられていますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ          |
| 13 | AGA 治療薬を他人に譲渡しないで下さい。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ          |
| 14 | AGA 治療中 (プロペシア内服中) は献血ができません。<br>内服終了から 1 か月間隔を空けると献血が可能です。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ          |
| 15 | AGA 治療は中断すると、治療以前の毛髪状態にまで戻る (悪化する) 事があります。根気良く治療しましょう。        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ          |

上記の項目については、私が記入いたしました。

署名

平成 年 月 日