



AGA 治療薬の処方を受ける方のチェックリスト

フリガナ お名前	生年月日 (昭和 ・ 平成) 年 月 日
ご連絡先 (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？ 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。 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