

いかるぎ町内科クリニック AGA 治療問診表兼治療同意書

ふりがな

お名前

才

ご住所：

電話番号：

生年月日 大正・昭和・平成

年

月

日

1. うす毛が気になり始めた年齢と、症状が出始めた部位を教えてください。
() 歳ごろから(生え際・頭頂部・生え際と頭頂部・その他:)
2. 今まで、他院で AGA の治療を受けられたことがありますか？
はい (クリニック・病院名:) ・ いいえ
3. 今までに、プロペシア (フィナステリド) を服用されたことはありますか？
はい ・ いいえ
4. ※3 で「はい」と答えられた方のみお答え下さい。プロペシア (フィナステリド) を服用されて、副作用と思われる症状が出たことはありますか？
はい ・ いいえ
5. 現在通院している病院・医院・クリニックはありますか？
はい ・ いいえ
「はい」の方・・・医療機関名 ()
病名 ()
6. 肝臓の病気(肝機能障害・肝炎等)と診断された事がありますか？
はい ・ いいえ
7. 現在、血圧を下げる薬 (降圧剤) を服用されている、もしくは低血圧と診断された事がありますか？
はい ・ いいえ
8. 現在、前立腺肥大症の治療薬や尿を出しやすくするお薬を服用されていますか？
はい ・ いいえ
9. 上記までの質問に出た以外で、現在服用しているお薬がありましたら、お薬の名前をご記入下さい。
あるいはお薬手帳を受付職員にご提示下さい。
薬の名前 ()

裏面に続きます。

10.症状や治療法などについて医師にご質問はございますか？

はい ・ いいえ

11.問診票の記載に偽りはなく、当院の AGA 治療を受ける事にご同意頂けますか？

はい ・ いいえ

12.AGA 治療の診察では、頭部、毛髪の写真を撮影させていただくと治療効果の確認が容易となります。

頭部、毛髪の写真撮影について同意頂けますか？ 撮影した画像は患者様個人の電子カルテ内に保管し、その他の用途で使用することはございません。また、ご希望される方には写真をプリントしてお渡しいたします。

はい ・ いいえ

13.当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？(複数回答でも構いません。)

自宅が近い(通勤・通学路)/ 職場が近い/ ご家族・お知り合いからのご紹介
ホームページ（検索エンジン：Yahoo! Japan、Google、その他） / 広告・看板
他の医療機関からの紹介/ その他()

AGA 治療薬の注意点

- 服用は、1日1カプセル（24時間に1度）を目安にしてください。
- 効果が出るまで、早くて3ヶ月~6ヶ月かかります。その間、継続して服用する事が必要です。
- 前立腺癌、前立腺肥大症の検査をされる方は、事前に AGA 治療薬を服用している事を検査担当の医師にお伝えください。
- 報告されている副作用は以下が主ですが、いずれも頻度は低いもの（概ね5%未満）です。
[性欲の減退、勃起不全、精液量減少、射精障害、腹痛、肝機能障害、黄疸、など]
万が一副作用と思われる症状が現れましたら、服用を中止して医師にご相談ください。

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、呼びいたしますので、お待ちください。

