

本日のご相談内容についてご記入ください。

どちらの症状でお困りですか？

薄毛 円形脱毛 その他()

生活習慣はいかがですか？

ストレス 食事が不規則 睡眠不足 喫煙中

気になる部位を絵の中へ記入してください。



[前頭部・頭頂部]



[後頭部]



[左側頭部]



[右側頭部]

洗髪はどのくらいの頻度でされますか？

毎日 1日おき 週に2~3回 それ以外

今までに育毛剤を使用したことはありますか？

はい→外用薬() 内用薬()
いいえ

いつ頃から気になりはじめましたか？

頃から

今までにかつらを使用したことはありますか？

はい→購入先()
いいえ

家族や親戚の中で同じ症状の人はいますか？

はい→その方の続柄()
いいえ

これまでに毛髪についての相談や治療を受けられたことがありますか？

ある→いつ頃()頃) どこで() 治療内容()
治療を受けて良くなりましたか？ はい いいえ その他()
ない

以下の質問にお答えください。

治療の経過や結果が最良のものとなるために体質や既往症などはありのままをご申告ください。

今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

ある→いつ頃()頃) 病名()
ない

現在、治療中の病気がありますか？

ある→いつ頃()頃から) 病名()
ない

現在、服用中の内服薬やサプリメントはありますか？

ある→薬剤名やお薬の内容()
ない

次のアレルギーはありますか？

鼻炎・花粉症 光 金属 食物 薬 化粧品 その他()
特になし

(女性の患者様へ)現在、妊娠中ですか？もしくは妊娠の可能性がありますか？また、授乳中ですか？

妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 なし

ご記入ありがとうございました。このカウンセリングシートを受付へお申し出ください。ご記入いただきました内容は個人情報保護法に基づき適正に管理しております。

