

髪の状態チェックシート (再診日 年 月 日)

ID :

氏名 :

歳 (男性・女性)

〈今の状態に満足されていますか?〉 該当する項目に○を付けて下さい。

・満足 ・やや満足 ・やや不満 ・不満

*満足できている理由:

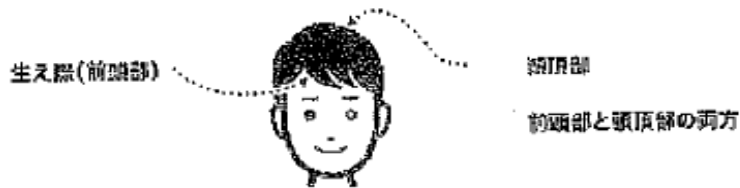
*不満に思える理由:

〈現在も、髪の毛で気になっている項目に○を付けて下さい。〉

・薄毛が目立つ ・髪の毛にハリやコシがない ・抜け毛が多い (シャンプー時や枕に付着)

・その他 ()

〈気になっている部分はどこですか?〉 該当部分に○を付けて下さい。



〈定期的に健診などで採血をされていますか?〉 *特に肝臓の検査

①はい 20 年 月 日採血実施 (異常あり 異常なし)

②いいえ

〈男性の方にお伺いします〉

*癌検診等で前立腺がんの採血をする予定はありますか?

裏面に続く



①はい

②いいえ

*ザガー口、フィナステリド服用中の方のみお答え下さい。

・ 頻度は少ないのですが副作用として勃起不全、リビドー (性欲) 減退、精液量減少、

射精障害などの報告がありますが、その様な症状はありますか?

①はい

②いいえ