

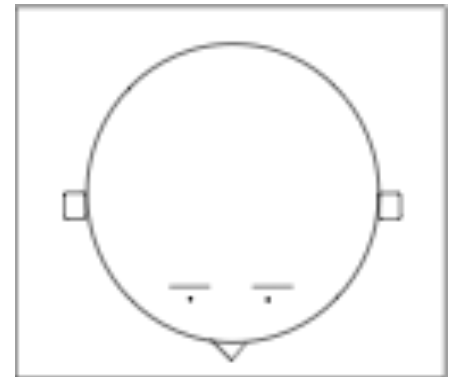
薄毛治療カウンセリングシート

1. ご家族に薄毛の方はいらっしゃいますか？ 父方：〈 はい ・ いいえ 〉 / 母方：〈 はい ・ いいえ 〉
2. 円形脱毛症やその他原因のわからない脱毛症と診断されたことはありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉
3. 甲状腺機能亢進や低下症と診断されたことはありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉
4. 採血検査において貧血と診断されたことはありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉
5. 今までに極端なダイエットをしたことはありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉
6. 頭皮に何らかの皮膚トラブルをお持ちですか？ 〈 はい ・ いいえ 〉
7. 睡眠の時間とタイミングをご記入ください。 〈 夜 ～ 朝 時 〉

8. 薄毛が気になる部位にチェック☑をご記入ください。（複数選択可）

生え際 頭頂部 傷あと その他（ ）

※イラスト中の薄毛が気になる部位をイラストに○で示してください。



9. これまでに受けたことのある毛髪治療に
チェック☑をご記入ください。（複数選択可）

育毛剤

内服薬 （内服されていた期間： ）

- ◆ フィナステリド（プロペシア、フィンペシアなど）
- ◆ ミノキシジル（ mg）
- ◆ サプリメント
- ◆ その他（ ）

外用薬 （使用されていた期間： ）

- ◆ リアップ
- ◆ ロゲイン
- ◆ その他（ ）

HARG治療やメソセラピー

植毛 （治療時期： 年前 / 治療部位： 生え際 ・ 頭頂部 ・ その他
（ ））

毛髪治療を受けたことはない

10. これまでに内服薬や外用薬等で副作用が現れたことはありますか？
〈 はい（現れた副作用： ） ・ いいえ 〉
11. タバコを吸いますか？
（ ）年間、1日約（ 本）
12. （女性の方のみご回答ください）生理不順はありますか？
〈 はい（いつ頃から？： 頃から） ・ いいえ 〉