

問診表 1

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年	月 日
住所	〒		
電話番号	自宅		携帯
メールアドレス			
薄毛が気になりだした時期	年前から		
薄毛等の気になる箇所			
おりもの	排卵期のおりもの：多い 普通 少ない その他異常()		
大便	()日に()回 便秘 硬い 普通 軟便 下痢 下痢便秘交互 その他()		
小便	1日に()回 排尿困難 排尿痛 残尿感 夜間尿 その他()		
胃	①食欲：旺盛 不振 ②痛む：空腹時 食後		
睡眠	平均()時間：よく寝れる 寝つきが悪い 眠れない事がある 熟睡できない 睡眠時間が足りない		
不定愁訴	肩こり 腰痛 頭痛 疲れやすい 冷え(どこが) その他		
運動	なし・あり()		
鍼灸歴	なし・あり()		
漢方・サプリ	なし・あり()		
肝炎	なし・あり		
血族関係で薄毛の方はいらっしゃいますか？	はい()		いいえ

* 普段のお食事をお聞かせください。

朝：

昼：

夜：

間食・お茶・お酒など：

* 現在、使われているシャンプー・コンディショナー・整髪料・ヘアケア 等を詳しくお書きください。

* これまで受けられてきた薄毛治療等ございましたら詳しくお聞かせください。

例：〇年〇月 〇〇クリニックにて治療を受けた。

；〇年〇月 〇〇にてヘッドスパを受けて、〇〇育毛剤を購入。

* その他 ご質問等あればどうぞ

* 最後によろしければアンケートにご記入ください。

当院を知ったきっかけ FB ホームページ ブログ 本 紹介() 様 その他() ホームページの時の検索ワード ()

ご記入ありがとうございました。