

AGAカウンセリングシート

お手数ですがこちらを印刷後、用紙をご持参のうえ当院をご受診下さい。

フリガナ	
お名前	
性別	男
生年月日	年月日（ 歳 ）
住所	〒
電話	

診療前に以下の項目について状況をご記入ください。診療の参考にさせていただきます。
ご記入いただいた氏名等の情報（以下「個人情報」と記載）は、診療の参考として使用させていただきます。
個人情報の安全管理のための必要な措置を講じ、適正に保管いたします。

質 問 事 項	回 答
1.気になりだした時期	
2.他の病院でAGAの治療有無	病院名：
3.AGA薬の服用有無	気になる症状：
4.前立腺肥大症の治療薬歴の有無	
5.薬やサプリメントの服用有無	お薬名：
	病名：
6.大きな病気や手術の有無	症状：
7.その他、相談	相談内容：
8.治療への同意確認	
アンケート	
当院は初めてですか？	