

問 診 票

ふりがな
氏名 _____ 性別 (男 ・ 女) _____
住所 _____ 電話番号 _____

1) 育毛のため、プロペシア服用を希望されますか？

は い いいえ

2) 今までに大きな病気をしたことがありますか？

は い いいえ

※ 具体的に

3) 現在、他の病院にて治療を受けていますか？

薬を服用中ですか？

は い いいえ

〔 病院名
病 名
薬品名

4) 今までに薬で副作用がありましたか？

有 無

※ 具体的に

5) この薬は自費診療となり、保険適用されません。

了承されますか？

は い いいえ

ありがとうございました。しばらくお待ち下さい。