

# 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。

呉市伏原 1 丁目 8-13

豊田内科胃腸科