

再来時間診票

- ① 初期脱毛はありましたか？ はい() いいえ()
内服を続けていただくにあたって問題になりますか？ はい() いいえ()
- ① 多毛症はありましたか？ はい() いいえ()
内服を続けていただくにあたって問題になりますか？ はい() いいえ()
- ② 以下の症状があればカッコ内に○をつけてください。以下以外に症状があるようでしたら、その他のカッコ内にお書きください。
動悸() 息切れ() めまい() 立ちくらみ() 不整脈() むくみ()
性欲減退()
その他 ()

以上の症状は内服を続けていただくにあたって問題になりますか？

はい() いいえ()

希望の内服薬にチェックをお入れいただき、希望の処方数もお書きください。(最大半年分まで)

- ① ミノキシジル 5.0mg+フィナステリド 1.0mg の合剤 30 日分 × ()
- ② ミノキシジル 5.0mg +デュタステリド 0.5mg 100 日分 × ()
- ③ ミノキシジル 2.5mg +デュタステリド 0.5mg 100 日分 × ()
- ④ フィナステリド 1.0mg+亜鉛 1.0mg の合剤 30 日分 × ()
- ⑤ デュタステリド 0.5mg 30 日分 × ()
- ⑥ ミノキシジル 5.0mg 100 日分 × ()
- ⑦ ミノキシジル 2.5mg 100 日分 × ()

診察券の再発行には 100 円の手数料がかかります。手数料のお支払いを拒否される場合は、診察券の再発行および薬の処方を受けることができませんのでご了承ください。

年 月 日

あおばクリニックグループ

お客様 ID 【 A

】 氏 名 :
