

女性型薄毛問診票

Q1. 薄毛が気になりだしたのはいつ頃からですか？

3年以上前 2～3年前 1～2年前 1年以内

Q2. もっとも気になる症状は？

抜け毛が増えた 毛が細くなった ボリュームがなくなった フケ・痒みが気になる

Q3. どの部位が薄くなったと感じますか？

頭頂部 前頭部 頭頂部と前頭部の両方 後頭部または側頭部

Q4. 抜け毛の量は多いですか？

とても多い 多い 普通 少ない

Q5. 家族や親族に薄毛の人はいますか？

父方・母方の両方の親族 母や母方の親族 父や父方の親族 兄弟姉妹

Q6. 頭皮の状態はどうですか？（当てはまるものすべて）

赤みがある フケが多い 痒みがある 脂っぼい

Q7. 日頃、ストレスを感じていますか？

非常に強く感じる 強く感じる やや感じる 感じない

Q8. 喫煙はしますか？

する しない （喫煙する場合、1日に_____本程度）

Q9. 飲酒はしますか？

ほぼ毎日する 週に3～4回する 週に1回ほどする しない
（飲酒する場合、1回に飲む量は_____を_____程度）

Q10. ダイエットはしますか？

現在ハードなダイエットを続けて行っている 現在簡単なダイエットを行っている
以前ダイエットを行っていた ダイエットは行わない

Q11. 平均の睡眠時間はどれくらいですか？

8時間以上 6～8時間 4～6時間 4時間未満

Q12. 過去に大きな病気をしたことがありますか？

ある ない （ある場合、病名_____）

Q13. 現在治療中の病気がありますか？

ある ない （ある場合、病名_____）