

# 初診診療録(多毛症)

2016-7

年

月

日

NO. -

フリガナ		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女		昭和 平成 オ 年 月 日	
現住所	〒 -	携帯	携帯番号は必ずご記入ください - -		
		自宅電話	- -		
E-mail	@	勤務先			

- いつごろから多毛症(多毛傾向)を意識していましたか?  
( )
- 遺伝的な事について質問します。親族の方で多毛症(多毛傾向)の方がいらっしゃいますか?  
(父・母・父方(祖父・祖母)母方(祖父・祖母)兄・姉・弟・妹・その他 )
- 長期間服用していたお薬はありますか (ない ある)  
※ある方は、薬剤名がわかれば記入してください。お薬手帳をお持ちの方は、記入不要です。  
( )
- 多毛症(多毛傾向)は男性ホルモンが関与している事は知っていますか? (知っている 知らない)
- ニキビや頭部の脱毛症も男性ホルモンが関与している事がありますが、ニキビや頭部の脱毛症に悩んでいますか? (ない ある)
- 月経周期に関して(順調・不順) 月経周期は( )日周期です。最終月経( 月 日)
- 今までに下記の病気をされた事がありますか? ✓又は○をつけてください。  
高血圧症 心臓疾患 高脂血症 糖尿病 胃、腸の病気 肝臓病 胃腸病 気管の病気  
肺の病気 甲状腺疾患 脳の病気 その他( )  
アトピー性皮膚炎 光線過敏症(紫外線・太陽光線) 肝炎 HIV  
アレルギー性疾患 (気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・食物アレルギー)  
血液疾患(貧血・白血病・紫斑病・その他 ) ジンマシン ない
- 薬のアレルギーはありますか? (ない ある) ※ある方は、薬剤名がわかれば記入してください。  
( )
- 現在服用している薬はありますか? (ない ある) 薬剤名がわかれば記入してください。  
( )
- 多毛症は  
① 体質的な多毛症(特発性多毛症)  
② 副腎の異常(先天性副腎過形成(副腎酵素欠損症)、クッシング症候群、副腎腫瘍など)  
③ 卵巣の異常(多嚢胞性卵巣、卵巣腫瘍など)  
④ 下垂体の異常(プロラクチン過剰、成長ホルモン過剰)  
⑤ 薬剤の副作用によるもの(ステロイド、抗けいれん薬など)等がありますが、血液検査で大部分の多毛症の原因がわかります。その事を知っていますか? (知っている 知らない)
- 多毛症の血液検査を希望しますか? (希望する・希望しない)
- その他、ご希望、ご質問がありましたらお書きください。  
( )

体質的多毛症の治療は以下の治療で大部分の多毛症は改善します。

レーザー脱毛 ・ I2PL 脱毛 ・ 多毛症の薬剤療法

【スピロラクトン ・ 低容量ピル ・ フィナステライド・リュープリン(抗男性ホルモン注射薬)】

# 同意書

東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル1階

医療機関名 パレスクリニック院長 殿

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和 ・ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、貴院が加入する美容医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対して、保険事故および保険金支払いの有無を判断するための材料として診療記録・検査記録等を提供すること、およびそれに基づく傷病内容についての調査・確認に応じることに同意いたします。

(同意者)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同上 (同意者が未成年の場合 下記ご記入ください)

患者との続柄 本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他 ( \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_