

初診診療録(多毛症)

20 年 月 日

契約 コース	コース	承諾書		
	部位	P	I	
		M	A	
期間	B			
注意事項	-			

フリガナ		性別	年齢	生年月日	職業
お名前		男・女	才	19 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			

- ①何時ごろから多毛症(多毛傾向)を意識していましたか？
- ②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)
- ③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、名前がわかれば記入して下さい。
()
- ④多毛症(多毛傾向)は男性ホルモンが関与している事が多いことは知っていますか？
(知っている・知らない)
- ⑤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)
- ⑥生理は、順調・不順 どちらですか。(順調・不順)
生理の周期は()日周期です。最後の生理開始日は何時ですか。(月 日)
- ⑦今までに下記の病気をされた事がありますか？ をつけて下さい。
1 アトピー性皮膚炎 2 光線過敏症(紫外線、太陽光線) 3 肝炎
4 血液疾患(貧血、白血病 紫斑病 その他) 5 ジンマシン
6 その他アレルギー性疾患(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 その他) 7 HIV
8 その他の既往歴
・ 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()

薬のアレルギーはありますか？（ない ある） 名前がわかればご記入下さい。
()

現在服用している薬はありますか？（ない ある）
ある方、名前がわかれば記入して下さい。お薬手帳がある方は記入不要で見せて下さい。
()

多毛症は

体質的な多毛症（特発性多毛症）

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）

卵巣の異常（多嚢胞性卵巣、卵巣腫瘍など）

下垂体の異常（プロラクチン過剰、成長ホルモン過剰）

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）

多毛症の治療は

多毛症の原因がわかればその原因疾患の治療をする。

体質的な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。

1 レーザー脱毛、I2PL 脱毛

2 多毛症の薬剤療法

A スピロノラクトン

B 低容量ピル

C フィナステライド

D リュープリン（抗男性ホルモン注射薬）

その他、ご希望、ご質問がありましたらお書き下さい。

[]