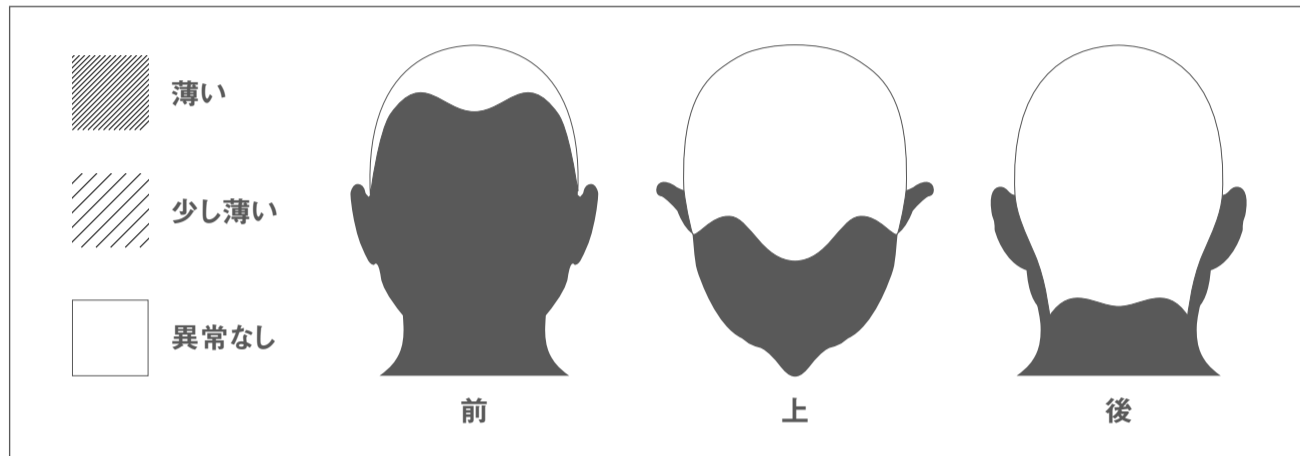


## 無料毛髪診断問診票

●いつ頃から気になり始めましたか？ ( ) 歳頃から

●現在、どの部分がどのような状態ですか？ 頭髪の気になる部分に斜線を引いてください。



●ご家族、ご親戚に ( いる / 父・父方伯父・母方伯父・祖父・兄弟 )  
同じ様な方はいますか？ ( いない )

●頭皮の状態は？ ( 脂っぽい・普通・乾燥している )

●フケは出ますか？ ( 多い・少ない・出ない )

●かゆみはありますか？ ( ある・ない )

●好んで食べるものはなんですか？ ( ) ( ) ( )

●お酒は飲みますか？ ( よく飲む・たまに飲む・飲まない )

●タバコは吸いますか？ ( 1日20本以上・1日20本以内・吸わない )

●1日の睡眠時間は？ ( 約 時間 / 規則的・不規則的 )

●どのような職業ですか？ ( )

●ストレスはありますか？ ( ある・ない )

●大きな病気はしたことがありますか？ ( ない ) ( ある / 病名: )



SKIN SUPPORT CLINIC

●薬・シャンプーなどでアレルギーをおこしたことがありますか？ (ある・ない)  
(いつ頃?: ) (なにで?: )  
(どのような状態に?: ) (現在の状態は?: )

●今まで育毛ケアをしたことがありますか？ (ある・ない)  
(いつ頃?: ) (どの様に?: )  
(期間は?: ) (結果は?: )

●増毛の経験はありますか？ (ある・ない)

●かつらを使用したことはありますか？ (ある・ない)

●人工毛植毛の経験はありますか？ (ある・ない)  
(いつ頃?: ) (本数は?: )  
(現在の状態は?: )

●育毛剤を使用したことはありますか？ (ある・ない)  
(いつ頃から?: ) (商品名: )  
(使用期間は?: ) (結果は?: )

●現在育毛剤を使用していますか？ (している・していない)  
(いつ頃から?: ) (商品名: )  
(現在の状態は?: )

●あなたのご希望は？ (育毛・増毛・かつら・植毛)

●ご質問・ご要望がございましたらご記入ください

フリガナ T・S・H 年 月 日 歳

氏名: TEL: ( )

住所: 都道府県 区市町村

No: