

StemBoost ファストカウンセリング（頭用）

(令和 年 月 日)

氏名

年齢

- ☐ 頭皮湿疹など現在皮膚疾患がありますか はい いいえ
- ☐ 頭皮トラブルがありますか（乾燥・脂っぼい・フケが多いなど） はい いいえ
- ☐ はいの方（ ）
- ☐ アレルギー体質ですか（例 スギ イネ ネコ 食品 ラテックス） はい いいえ
- ☐ はいの方（ ）
- ☐ アトピー肌などの皮膚疾患がありますか はい いいえ
- ☐ ケロイド体質ですか はい いいえ
- ☐ てんかんと診断されたことはありますか はい いいえ
- ☐ 心疾患と診断されたことはありますか はい いいえ
- ☐ 高血圧未治療ではありませんか はい いいえ
- ☐ 治療を優先の疾患がありますか（自己免疫性疾患・ヘルペス・がん治療など） はい いいえ
- ☐ 感染症（B型肝炎、C型肝炎 etc）はありますか はい いいえ
- ☐ 気になる部位はどこですか（ ）
- ☐ 髪のお悩みは具体的にどんな時に気になりますか（ ）
- ☐ 抜け毛はいつごろから感じますか（ 最近 半年前 1年以上前 ）
- ☐ 抜ける量はどうか（ 最近多くなった 変わらない 少なくなった ）
- ☐ ご家族で同じ症状の方はいらっしゃいますか はい（ ） いいえ
- ☐ 痛みに敏感な方だと感じますか はい いいえ
- ☐ 育毛剤を使っていますか はい（ ） いいえ
- ☐ ※今までに美容施術を受けたことはありますか はい いいえ
- ☐ 1か月以内に FAGA&AGA 治療した
(いつ頃 部位 内容 病院名)
- ☐ 1ヶ月以内に植毛処置した
(いつ頃 部位 内容 病院名)
- ☐ 1ヶ月以内に増毛処置した
(いつ頃 部位 内容 病院名)
- ※女性の方のみ
- ☐ 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますが はい いいえ
- ☐ 妊活中ですか はい いいえ
- ☐ 生理周期（ 日・不規則） 生理痛（ある・なし）
PMS 症状ありますか（例 肩こり 抑うつ イライラ 頭痛 腹痛など） はい いいえ
- ☐ はいの方（ ）
- ※現在飲まれているお薬はありますか はい（ ） いいえ
- ※現在使われている外用薬（頭皮用）はありますか はい（ ） いいえ
- ※サプリメントは飲まれていますか はい（ ） いいえ
- ※ご自宅で何かケアは行っていますか はい（ ） いいえ
- ※本日お薬手帳をお持ちですか はい いいえ