

# [初診の方]

※ご記入頂いた事項は診療のみに使用致します。

## うす毛 (AGA) 相談・治療 申込書

年 月 日

※ 10分程度の間診が必要です。(初診料不要)

ご希望内容の□に✓を入れてください。何セットでも、複数種でも結構です。

【表示価格は全て税・処方料込です。】

薬品名	1~4セット (1セット=3シート/30錠)	5セット以上 (15シート/150錠以上)
<input type="checkbox"/> ザガー口	9,400円 × セット	9,000円 × セット

薬品名 (メーカー)	1セット (2シート/28錠)	ボトル入 (90錠)	5セット (10シート/140錠)
<input type="checkbox"/> フィナステリド	4,500円 × セット	該当包装なし	22,000円 × セット
<input type="checkbox"/> フィナステリド (ファイザー)	6,000円 × セット	18,800円 × 本	27,500円 × セット

薬品名	1セット (2シート/28錠)	ボトル入 (90錠)	5セット (10シート/140錠)
<input type="checkbox"/> プロペシア	9,500円 × セット	30,500円 × 本	45,000円 × セット

薬品名	1本	5本セット
<input type="checkbox"/> アロピックス	1,450円 × 本	7,000円 × セット

※市・郡までで結構です。

ご住所: \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市・郡 \_\_\_\_\_

携帯電話: \_\_\_\_\_ ※お持ちでない方はご自宅の電話番号

フリガナ  
お名前: \_\_\_\_\_

生年月日: 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳