

初診の方

薄毛 (AGA) 相談・治療申込書

(初診料無料)

[10分程度の問診が必要です。]

※表示価格は税・処方料込です。 ※ご記入いただいた個人情報等は、診療のみに使用いたします。

● 希望する項目の□に印(✓)を入れて下さい。 ● ご希望のセット数をご記入下さい。複数種のご購入もできます。

薬品名	1セット(3シート/30錠)	5セットパック(15シート/150錠)
<input type="checkbox"/> ザガーロ	11,000円 × <input type="text"/> セット	54,000円 × <input type="text"/> パック
<input type="checkbox"/> デュタステリド [®] (ザガーロジェネリック)	7,500円 × <input type="text"/> セット	37,000円 × <input type="text"/> パック

薬品名	1セット(2シート/28錠)	5セットパック(10シート/140錠)
<input type="checkbox"/> プロペシア	7,800円 × <input type="text"/> セット	39,000円 × <input type="text"/> パック
<input type="checkbox"/> フィナステリド(プロペシアジェネリック)	4,200円 × <input type="text"/> セット	19,000円 × <input type="text"/> パック

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

※本状を、受付にお持ち下さい。 ※購入後の薬品等の返品・交換、他人への譲渡は出来ません。

ご住所 ※市・郡までで結構です。	県	市・郡
携帯番号 ※またはご自宅電話番号		
フリガナ		
お名前		
生年月日	年	月
明・大・昭・平	年	年齢
		歳

カルテNo.