

**[2回目以降 再診の方]** ※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

※お薬を服用又は使用して変った事・気になる事があれば記入して下さい。

( )

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"/> ザガーロ	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

フリガナ  
お名前: \_\_\_\_\_

【本状に診察券を添えて、受付へお持ちください】