

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(✓)を入れてください。●ご希望のセット数をご記入ください。複数種のご購入も出来ます。

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	8,500円 × <input type="checkbox"/> セット	41,500円 × <input type="checkbox"/> パック
<input type="checkbox"/> アボルブ (ザガーロと実質同薬剤)	8,400円 × <input type="checkbox"/> セット	41,000円 × <input type="checkbox"/> パック

薬品名	1セット(2シート 28錠)	ボトル入り(90錠)	5セットパック(10シート 140錠)
<input type="checkbox"/> フィナステリド (メーカー:TCK)	4,200円 × <input type="checkbox"/> セット	該当包装無し	19,000円 × <input type="checkbox"/> パック
<input type="checkbox"/> フィナステリド (メーカー:ファイザー)	4,500円 × <input type="checkbox"/> セット	18,800円 × <input type="checkbox"/> 本	22,000円 × <input type="checkbox"/> パック
<input type="checkbox"/> プロペシア	7,800円 × <input type="checkbox"/> セット	該当包装無し	39,000円 × <input type="checkbox"/> パック

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

※本状を、受付にお持ちください。 ※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
携帯電話 ※またはご自宅電話番号			
フリガナ _____			
お名前			
生年月日			
大・昭・平	年	月	日
年齢		歳	

カルテNo.