

問 診 票

NO,					
-----	--	--	--	--	--

※住所のご記入は「区・市・郡」までで結構です。

ふりがな 【必須】		住 所 【必須】	〒		
氏 名 【必須】			※郵便番号が分からない方は、 以下の住所を必ずご記入ください。		
生年月日 【必須】	T.S.H.....年.....月.....日.....歳		都 道 県 府	市 郡 区 町	

☆ご相談内容は何ですか？ ① ED (バイアグラ・レビトラ・シアリス等の処方)
 該当するものに○でチェックして下さい。 ② AGA (脱毛症によるプロペシア・ザガーロ等の処方)

※上で①のEDをチェックした方 → 下の問診票の1~13番にチェックして下さい。
 ※上で②のAGAをチェックした方 → 下の問診票の13~15番にチェックして下さい。

1. 以前、薬によってアレルギー(発疹、発赤、喘息、かゆみ等)をおこしたことはありますか？ はい いいえ
2. 心臓の病気(狭心症、心筋梗塞など)はありますか？ はい いいえ
3. 心臓の病気などでニトログリセリンなどの硝酸剤(舌下錠・貼り薬・塗り薬・スプレー等)を使用していますか？ はい いいえ
4. 他に使用中の薬はありますか？ <<薬の名前>>
 「はい」の方は、薬名を必ずご記入ください。 はい いいえ ⇒ はい いいえ
5. 肝臓や腎臓の病気はありますか？ はい いいえ
6. 血圧についてお答え下さい。 低め 普通 高め
7. 脳梗塞あるいは脳出血をおこしたことはありますか？ はい いいえ
8. 網膜色素変性症と診断されたことはありますか？ はい いいえ
9. 陰茎の病気(屈曲、しこり等)はありますか？ はい いいえ
10. 血液の病気(鎌状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病等)と診断されたことはありますか？ はい いいえ
11. ED治療薬を服用したことはありますか？ はい→[バイアグラ(ジェネリック)・レビトラ・シアリス] いいえ
12. 11番で「はい」の方 → 入手方法は？ ・当院のグループで処方→[浜松町・上野・横浜・大宮・東京駅・渋谷・立川]
 ・他の病院/クリニックで処方 ・知人から ・その他
13. 当院は何でお知りになりましたか？ ※インターネット検索は下記①~⑨より、それ以外は⑩~⑭より1つチェックして下さい。
 ■パソコンで → ①ヤフー ②グーグル ③その他 ()
 ■スマートフォンで → ④ヤフー ⑤グーグル ⑥その他 ()
 ■携帯電話で → ⑦ヤフー ⑧グーグル ⑨その他 () ※ドコモのiメニューなど
 ⑩Facebook ⑪紹介 ⑫雑誌 ⑬新聞 ⑭その他
14. 今現在プロペシア(ジェネリック)かザガーロを服用している・過去に服用していた。(服用期間 年 月) はい いいえ
15. 14番で「はい」の方 → 入手方法は？ ・当院のグループで処方→[浜松町・上野・横浜・大宮・東京駅・渋谷・立川]
 ・他の病院/クリニックで処方 ・知人から ・その他

バイアグラ			ジェネ/東和		ジェネ/キッセイ		レビトラ		シアリス		デパス		ロキソ
25mg	50mg	フィルム 50mg	レモン	コーヒー	25mg	50mg	10mg	20mg	10mg	20mg	0.5mg	1 mg	サワイ
フィナステリド/シート			フィナステリド/ボトル										
プロペシア	ファイザー	サワイ	ファイザー	トーワ	ザガーロ	アロビ ックス	レバミ ピド	ファモ チジン	ランソプラ ゾールOD				