

問 診 票

カルテNo.						
--------	--	--	--	--	--	--

※住所のご記入は「区・市・郡」までで結構です。

フリガナ 【必須】		生年月日 【必須】	昭和 平成 _____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)
氏 名 【必須】		住 所 【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。
		都 道 府 県	市 郡 区 町

◎当院は何でお知りになりましたか？ ※分院への来院歴のある方は、チェックは不要です。

- | | | | |
|-------------------|------------|--------|---------------------------|
| ■ 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 () |
| ■ その他 -----▶ | ⑩ Facebook | ⑪ 紹介 | ⑫ 雑誌 ⑬ 新聞 ⑭ その他 |

◎ご相談内容は何ですか？
該当するものに○でチェックして下さい。

① E D (バイアグラ・レビトラ・シアリス等の処方)
② A G A (脱毛症によるプロペシア・ザガー口等の処方)

※上でE Dをチェックした方 → 下の問診票の 1～12番にチェックして下さい。
※上でAGAをチェックした方 → 下の問診票の13～14番にチェックして下さい。

E Dのご相談はこちら

1. 以前、薬によってアレルギー(発疹、発赤、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？ ※「はい」の方は、薬名を必ずご記入ください。	はい → 《薬の名前をご記入下さい。》 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・レビトラ・シアリス] ※ジェネリック含む いいえ
12. 「11番」で「はい」の方はお答え下さい。 → 入手方法は何ですか？	・当院のグループで処方歴有 ⇒ [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()

A G Aのご相談はこちら

13. 今現在プロペシアかザガー口(ジェネリック含む)を服用している・過去に服用していた。	はい(服用期間 年 カ月) いいえ
14. 「13番」で「はい」の方はお答え下さい。 → 入手方法は何ですか？	・当院のグループで処方歴有 ⇒ [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			バイアグラジェネリック				レビトラジェネリック					シアリス				シアリスジェネリック			
			東和薬品		キッセイ薬品		富士化学工業		沢井製薬		東和薬品		FCI	沢井製薬		東和薬品			
25mg	50mg	ODフィルム	レモン	コヒ-	25mg	50mg	25mg	50mg	10mg	20mg	10mg	20mg	20mg	10mg	20mg	10mg	20mg	10mg	20mg
フィナステリド (プロペシア)			デュタステリド (ザガー口)					外用薬		ロキソプロ									
PTPシートタイプ			ポトルタイプ					PTPシートタイプ		ポトルタイプ		アロピックス		レバミピ					
プロペシア	ファイザー	沢井製薬	東和薬品	富士化学	ファイザー	東和薬品	ザガー口	沢井製薬	東和薬品	日新製薬	東和薬品	日新製薬	ランソプラ		ミノアップ		デパス <small>0.5mg 1mg</small>		