

# 問 診 票

カルテNo.

※住所のご記入は「区・市・郡」までで結構です。

<b>フリガナ</b> 【必須】		<b>住所</b> 【必須】	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>氏名</b> 【必須】			都道府県 <input type="text"/> 市郡区町 <input type="text"/>
		<b>生年月日</b> 【必須】	昭和 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ( <input type="text"/> 歳)

◎オンライン診療のアカウントはお持ちですか？ ・有り ・無し ※郵送処方方の登録有無

◎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 ( <input type="text"/> ) |
| ■ スマートフォンで -----> | ④ ヤフー   | ⑤ グーグル | ⑥ その他 ( <input type="text"/> ) |
| ■ 携帯電話で ----->    | ⑦ ヤフー   | ⑧ グーグル | ⑨ その他 ( <input type="text"/> ) |
| ■ その他 ----->      | ⑩ Facebook ⑪ 紹介 ⑫ 雑誌 ⑬ 新聞 ⑭ その他 ⑮ 愛知EDラボ ⑯ YouTube ⑰ インスタ |        |                                |

◎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・ザガーロ等の処方)

※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 → <input type="text"/> (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？	・当院のグループで処方歴有 ⇒ [浜松町 / 上野 / 横浜 / 大宮 / 渋谷] ・他の病院/クリニックで処方 ・知人から ・その他 ( <input type="text"/> )

### A G Aのご相談はこちら

13. 今現在プロペシアかザガーロ(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  月) いいえ

14. 「13番」で「はい」の方はお答え下さい。・当院のグループで処方歴有 ⇒ [浜松町 / 上野 / 横浜 / 大宮 / 渋谷]  
→ 入手方法は？ ・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		
				トーフ		キッセイ		FCI		サワイ		トーフ		FCI		サワイ		トーフ		FCI	
25mg	50mg	ODフィルム	レモン	25mg	50mg	25mg	50mg	10mg	20mg	10mg	20mg	20mg	10mg	20mg	10mg	20mg	10mg	20mg	10mg	20mg	20mg
フィナステリド (プロペシア)								デュタステリド (ザガーロ)								アロピックス	ロキソプロ				
P T P シートタイプ				ボトルタイプ				P T P シートタイプ				ボトルタイプ					レバミピ				
プロペシア	ファイザー	サワイ	トーフ	プロペシア	ファイザー	トーフ		ザガーロ	サワイ	トーフ	ニッシン	ザガーロ	サワイ	トーフ	ニッシン	ミノアップ	ファモチ				
																ランソパ					
																ミノキFCI	デパス				
																	0.5mg 1mg				