

受診日 _____

問 診 票

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
			電話番号	自宅				
				勤務先又は携帯				
				緊急連絡先				
住所	〒 _____							

ご相談内容はどちらですか？（該当するものに○でチェックしてください）

① ED（勃起障害）の治療薬

② AGA（男性型脱毛症）の治療薬

※上で ED をチェックした方 → 下の問診票①1～12 をチェックしてください。

※上で AGA をチェックした方 → 下の問診票②1～10 をチェックしてください。

① ED 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）をおこしたことがありますか？ 《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・スプレー等）を使用していますか？ 《はい・いいえ》
4. 現在服用中のお薬はありますか？ 《はい・いいえ》 ※お薬手帳をお持ちでしたら一緒にお出してください。
5. 肝臓が悪いと言われたことはありますか？ 《はい・いいえ》
6. 腎臓が悪いと言われたことはありますか？ 《はい・いいえ》
7. 血圧についてお答えください。 《低め・普通・高め》
8. 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》
9. 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》
10. 陰茎の病気（屈曲・しこり等）はありますか？ 《はい・いいえ》
11. 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》
12. ED 治療薬を服用したことはありますか？ 《はい・いいえ》
はい とお答えの方（バイアグラ・レビトラ・シアリス）

② AGA のご相談はこちら

1. いつ頃から抜け毛が始まりましたか？ （ ） 歳頃より
2. 親・兄弟・祖父母などに、薄毛・脱毛症の方はいますか？ 《はい・いいえ》
3. 市販の育毛剤を試したことはありますか？ 《はい（商品名： _____）・いいえ》
4. プロペシアかザガーロを服用している・過去に服用していた。 《はい（使用期間： 年 ヶ月）・いいえ》
5. 以前、薬によってアレルギー（発疹・発赤・かゆみ等）をおこしたことがありますか？ 《はい・いいえ》
6. 現在服用中のお薬はありますか？ 《はい・いいえ》 ※お薬手帳をお持ちでしたら一緒にお出してください。
7. 肝臓が悪いといわれたことがありますか？ 《はい・いいえ》
8. 腎臓が悪いといわれたことがありますか？ 《はい・いいえ》
9. 現在、前立腺肥大症で投薬治療を受けていますか？ 《はい・いいえ》
10. 現在、前立腺癌の治療を受けていますか？ 《はい・いいえ》

※ご協力ありがとうございました。

医療法人愛和会 金沢クリニック