

ID : \_\_\_\_\_

## 問診票 《男性外来》

平成 年 月 日

フリガナ	性別	男 ・ 女
ご氏名		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日 ( ) 才
住所	〒 -	区 ・ 市 ・ 郡
TEL	( )	携帯番号 : ( )
職業 :		

## Q. ご相談内容は何ですか？①ED (バイアグラ・シルデナフィル・レビトラ・シアリスの処方)

(該当するものに○して下さい。 ②AGA (脱毛症によるプロペシアの処方)

① ED をチェックした方 ➡ 問診票の◇1~13番にチェックして下さい。

② AGA をチェックした方 ➡ 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、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)がありますか？ 《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. 肝臓や腎臓の病気がありますか？ 《はい・いいえ》
- ◇5. 血圧についてお答え下さい。 《低め・普通・高め》
- ◇6. 脳梗塞あるいは脳出血をおこしたことがありますか？ 《はい・いいえ》
- ◇7. 網膜色素変性症と診断されたことがありますか？ 《はい・いいえ》
- ◇8. 陰茎の病気(屈曲、しこり等)がありますか？ 《はい・いいえ》
- ◇9. 血液の病気(鎌状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病等)と診断されたことがありますか？ 《はい・いいえ》
- ◇10. 「バイアグラ・シルデナフィル・レビトラ・シアリス」のどれかを服用したことがありますか？ 《はい・いいえ》
- ◇11. 10番ではいとお答えの方 ➡ それは、病院やクリニックで処方されていましたか？ 《はい・いいえ》
- ◇12. 他に使用中の薬がありますか？(薬名: ) 《はい・いいえ》
- ◇◆13. 当院は何でお知りになりましたか？ ・ご家族 ・知人の紹介(ご紹介者名 )  
 ・他・医療機関からの紹介 ・近所に在住 ・ホームページ ・インターネットで検索 ・口コミサイト・広告  
 ・以前、院長又は、副院長に診てもらったことがある ・ポルタ内にお勤めしている・その他( )
- ◆14. 今現在「プロペシア」を使用している・過去に使用していた。(服用期間 年 ヶ月) 《はい・いいえ》
- ◆15. 14番ではいとお答えの方 ➡ それは、病院やクリニックで処方されていましたか？ 《はい・いいえ》

※こちらの欄は医師が記入いたします。

※投薬内容・治療内容	プロペシア	バイアグラ	シルデナフィル	レビトラ	シアリス	

ご記入ありがとうございました。待ち時間、ショッピングモールなど、外出された方は、ご遠慮なくお申し出ください。



えのもとファミリークリニック  
 内科・皮膚科・胃腸内科・小児科・アレルギー科・外科・美容皮膚科