

問診票（男性用）

カルテNo. _____

受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所： _____

連絡先： _____

1. 本日のご相談内容

- ① 疲れやすい、元気がない、活力がない、ED・その他の症状について (_____)
- ② 脱毛症状について

2. 過去にお薬でアレルギー症状を起こされたことがありますか ➡ はい いいえ

3. これまでに心臓および循環器系の病気がありますか。 ➡ はい いいえ

診断名： _____

4. 3番の治療でニトログリセリンなど硝酸剤 (舌下錠・貼り薬・塗り薬・スプレーなど) を使用され ➡ はい いいえ

5. ほかに治療中の病気や使用中の薬があればご記入くだ ➡ はい いいえ

6. ご自分の日頃の血圧について (高め ・ 低め ・ 普通 ・ 測ったことがない、わからない)
本日の血圧 BP _____ / _____ mmHg

7. 脳梗塞あるいは脳出血をおこされたことがありますか。 ➡ はい いいえ

8. 網膜色素変性症と診断されたことがありますか。 ➡ 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、白血病など) と診断を受けたことがありますか。 ➡ はい いいえ

11. これまでにEDの治療 (服用) を行ったことがありますか。 ➡ はい いいえ
薬剤名をご記入ください。 (_____)

12. 11番で「はい」の方へ、その時の入手方法は (病院・専門病院・通販・知人から・その他 _____)

13. 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 ➡ はい いいえ

14. 13番で「はい」の方へ、その時の入手方法は (病院・専門病院・通販・知人から・その他 _____)
(_____ 年 _____ カ月 _____ くらい)

| | | | | | |
|---------|------|------|------|-------|-------|
| バイアグラ | | レビトラ | シアリス | プリリジー | ザガーロ |
| OD 50mg | 50mg | 20mg | 20mg | 60mg | 0.5mg |
| 錠 | 錠 | 錠 | 錠 | 錠 | 錠 |

テイクリニック