

(NO, )

# 問 診 票

\*太枠の中を必ずご記入下さい

フリガナ		住 所	〒
氏 名			
生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)	TEL	

※本日は ED (勃起不全) 治療、AGA (脱毛症) 治療のどちらですか? ED ・ AGA ・ 両方

1 現在服用中の薬がありますか? (薬剤名 ) はい いいえ

2 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

3 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

4 心臓の病気などでニトログリセリンなどの硝酸剤、又はこれを含む薬剤を使用していますか? はい 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ください。 低血圧 普通 高血圧

7 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

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 血液の病気 (網状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血等) と診断されたことがありますか? はい いいえ

10 陰茎の病気 (屈曲、しこり) がありますか? はい いいえ

11 次のお薬を使用したことがありますか? 該当項目に○をつけてください。

a. バイアグラ b. レビトラ c. シアリス d. プロペシア (約 年 ヶ月) e. 使用したことはない

12 11番であるとお答えの方→それは病院やクリニックで処方されましたか? はい いいえ

13 12番ではいとお答えの方→それは何処で処方されましたか? ( )

14 当院は何でお知りになりましたか?

a. Google b. YAHOO c. その他媒体 d. 立て看板 e. ビル看板 f. 知人の紹介 g. その他 ( )

## 勃起不全治療剤又は脱毛症治療剤処方に関する同意書

医療法人社団秀水会 新橋駅前クリニック 〒105-0004東京都港区新橋2-18-3胡荻堂ビル5F

全ての内服薬や既往症についての情報を提供し、医師の指導を守り、下記事項を守り、勃起不全治療剤又は脱毛症治療剤の処方を受けることに同意します。

1. 今までの全ての病歴、内服薬歴、入院歴などについて情報を提供しました。
2. 心疾患 (特に狭心症、心筋梗塞) の既往はありません。
3. 現在、ニトログリセリンなどの硝酸薬は使用していません。
4. パートナーも勃起不全治療剤の使用に同意しています。
5. 勃起不全治療剤又は脱毛症治療剤の副作用についても理解しました。
6. 副作用が生じたら、使用を中止し、速やかに連絡します。
7. 勃起不全治療剤又は脱毛症治療剤を、他の人にあげたり、販売したりしません。
8. 勃起不全治療剤又は脱毛症治療剤を、決められた量以上の使用はしません。
9. 他の医療機関を受診する際には、勃起不全治療剤又は脱毛症治療剤を内服していること申し出ます。
10. 諸検査で、勃起不全治療剤又は脱毛症治療剤の使用が困難と判断されたときは、医師の指示に従い、勃起不全治療剤又は脱毛症治療剤を破棄します。

署名