

ふりがな 名前	性別 男・女	生年月日	S.H.R.	年	月	日
住所	電話番号					

1. ご相談内容は何ですか？ \*該当するものに○でチェックをしてください。

① ED	⇒	シルデナフィル(バイアグラ)の処方
② AGA	⇒	脱毛症によるフィナステリド(プロペシア)の処方

\* 上で①をチェックされた方は、2～13の間診にチェックをしてください。

\* 上で②をチェックされた方は、2～7・14～15の間診にチェックをしてください。

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等の硝酸剤(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
5. 肝臓や腎臓の病気がありますか？ はい・いいえ
6. 血圧についてお答えください。 低め・普通・高め
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. 陰茎の病気(屈曲、しこり等)がありますか？ 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)と診断されたことがありますか？ はい・いいえ
11. バイアグラ・レビトラ・シアリス・シルデナフィルなどを服用したことがありますか？ はい・いいえ
12. 11番で「はい」の方→入手方法は何ですか？ 他の病院やクリニックで処方・友人から・その他
13. 他に服用中の薬はありますか？(薬名: ) はい・いいえ
14. 今現在、プロペシアを服用している・過去に服用していた。  
「はい」の方→服用期間 年 ヶ月
15. 14番で「はい」の方→入手方法は何ですか？ 他の病院やクリニックで処方・友人から・その他

投薬内容	フィナステリド	シルデナフィル (レモン味)
料金	¥6200/月	¥1300/錠
希望数	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

\* ご希望数に○をしてください。