

みらいメディカルクリニック メンズヘルス問診票

お名前 ふりがな		初診	再診
ご住所			
電話番号			
目的	本日のご相談内容は ED / AGA / 男性更年期 (複数可)		
	以下の質問にお答えください	はい	いいえ
1	心臓の病気はありますか？		
2	心臓の病気などで硝酸剤 (ニトロ) を使用していますか		
3	薬のアレルギーはありますか (内容: )		
4	肝臓・じん臓の病気はありますか		
5	血圧が高い、または低いといわれていたり、治療していますか		
6	脳梗塞や脳出血の治療を6ヶ月以内にしたことはありますか		
7	網膜色素変性症と診断されていたり、治療されていますか		
8	陰茎の形態上の異常はありますか (屈曲やしこり)		
9	糖尿病と診断されたり、治療されていますか		
10	脂質異常症と診断されたり、治療されていますか		
11	これまでにEDの薬を使用したことはありますか (内容: )		
12	これまでにAGAの薬を使用したことはありますか (内容: )		
13	これまでに、男性更年期症候群の検査を受けたり、診断されたことはありますか (ご相談もふくむ)		
14	これまでにうつと診断されたり、精神科にかかったことはありますか		
15	今後再診時、遠隔診療 (来院されることなくテレビ電話等で診察と処方を行うこと) を希望しますか		
質問などありましたらご記入ください			
本日ご希望の薬が決まっておりましたらご記入ください			
弊院使用欄	バイアグラ 25 / 50    レビトラ 10 / 20    シアリス 10 / 20		tablet
	プロペシア 0.2 / 1.0 (×28 / 90)    ザガーロ 0.5 (×30)	担当印	