

# ED(勃起不全)・PE(早漏)治療の間診票 20 年 月 日 ( )

フリガナ 氏名	生年月日	S・H	年	月	日	年齢	歳
	電話						
ご住所	〒						

(1)今回、治療を希望するのは？

両方      ED(勃起不全)      PE(早漏症)

(2)次の薬を内服したことはありますか？効果や副作用は？

ED 薬 (バイアグラ、レビトラ、シアリス、その他)      効果は？( )

PE 薬 (プリリジー、ポゼット、その他)      効果は？( )

(3)タバコを吸いますか？

すわない      すう ⇒1日 \_\_\_\_\_本を \_\_\_\_\_年間

(4)以下の病気はありますか？

高血圧    不整脈    虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)    血栓症    肺高血圧症  
 緑内障    肝硬変    網膜色素変性症    **慢性腎不全(透析はしていますか？重要です！)**

(5)現在、治療中の疾患と内服中の薬はありますか？

いいえ      ある ⇒病名( )治療薬( )

(6)日常的に飲んでいるサプリや日常的にしている習慣はありますか？ (プロテイン、筋トレ…)

なし      ある ⇒( )

(8)AGA(薄毛)治療に興味がありますか？ ある      ない

(9)サプリメントに興味はありますか？      ある      ない

**●必ずお読みください●**

当院で扱っている海外製医薬品は、北米においてFDA(アメリカ食品医薬品局：Food and Drug Administration<sup>(\*)</sup>)の基準を満たした製品のみを国内代理店経由で取得したもので、効能は問題ありません。勿論「海外ジェネリックは好まない」という方は国内製品(先発・後発)をお選びいただけます(成分は同じ、価格の違いのみ、ただし国内製品が存在しない場合も多くなります)。全て治療をするかどうかは**患者さんが自らの意思で決断・選択して下さい。**

(\*)FDA内の医薬品評価研究センター(CDER)では北米内の全ての医薬品が安全かつ、効果的であることを保証するために最高水準の市販後調査を行っております。

⇒読んだことの確認      済み      (○で囲んでください)

★ご来院のきっかけを教えてください。

口コミで( )様、ホームページ、Google、net、その他( )