AGA（男性薄毛）治療の問診票

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	〒				

⑴薄毛が気になり始めた時期と場所は？　（全体、こめかみ、頭頂部、分け目…）

＿＿＿＿歳頃から＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が気になり始めた。

⑵AGA治療をしたことはありますか？効果はどうでしたか？

リーブ21　　ミノキシジル内服　　トニック（リアップ）塗布　　プロペシア（フィナステリド）内服

その他（　　）　　その効果は？（　　）

⑶タバコを吸いますか？

すわない　　すう ⇒1日＿＿＿＿＿本を＿＿＿＿＿＿年間

⑷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！）

⑸現在、治療中の疾患と内服中の薬はありますか？

なし　　ある ⇒病名（　　）治療薬（　　）

⑹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　⇒（　　）

⑺アルコールでかぶれますか？　　はい　　いいえ

⑻ED（勃起不全）・PE（早漏症）治療に興味がありますか？　ある　　ない

⑼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(*****))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あります）。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…口コミで（　　）様、ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ、Google、net、その他（　　）

ED（勃起不全）・PE（早漏）治療の問診票

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	〒				

⑴今回、治療を希望するのは？

両方　　ED（勃起不全）　　PE（早漏症）

⑵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？（　　）

⑶タバコを吸いますか？

すわない　　すう ⇒1日＿＿＿＿＿本を＿＿＿＿＿＿年間

⑷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！）

⑸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（　　）

⑹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 ⇒（　　）

⑻AGA（薄毛）治療に興味がありますか？ ある　ない

⑼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(*****))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あります）。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　（〇で囲んでください）

★ご来院のきっかけを教えてください。

口コミで（　　）様、ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ、Google、net、その他（　　）

自由診療　　**注射・点滴を希望される方へ**　　20　　年　　月　　日（　　曜日）

フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		
		ご連絡先			
ご住所	〒　　－				
性別	男性 ・ 女性	身長	cm	体重	kg

◎本日は、どのような理由で受診されましたか？
　１～６に〇をつけるか、７に詳しく記入お願いします。

１．美白・美肌・デトックスに興味があって
２．疲労回復・健康増進を期待して
３．肝機能の改善、悪化の予防を目指して
４．ダイエット希望
５．避妊目的などの低用量ピル
６．サプリなど
７．その他（具体的に記入お願いします）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎アレルギーはありますか？（例：お薬、食べ物、金属、花粉など）

いいえ ・ はい（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿アルコール：かぶれる ・ かぶれない）

◎かかりつけの病院はありますか？　　なし ・ あり（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

喘息　（ なし ・ あり →最終発作はいつですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

糖尿病　（ なし ・ あり →＿＿＿＿歳頃から、今の治療は？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

高血圧　（ なし ・ あり →＿＿＿＿歳頃から、内服薬は？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

心臓の疾患　（ なし ・ あり →病名＿＿＿＿＿＿＿＿、今の治療は？＿＿＿＿＿＿＿＿）

◎その他の病気、及び手術の有無を教えてください。

（病名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿歳頃）

手術（病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿、手術名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿年）

◎現在、お薬・サプリメント・健康食品・漢方薬は飲んでいますか？

いいえ ・ はい（薬品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

*お持ちの方は、お薬手帳をお見せ下さい。

◎喫煙はしますか？　　いいえ　　現在喫煙中 ・ 過去喫煙（＿＿＿＿＿本/日＿＿＿＿＿年間）

◎飲酒はしますか？　　いいえ ・ はい（1日＿＿＿＿＿本・杯/＿＿＿＿＿ml程度）

★ご来院のきっかけ・・・口コミで（＿＿＿＿＿＿＿様）、ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ、Google、net、その他（＿＿＿＿＿＿＿）