

【再診用 AGA/ED 治療薬処方問診票】

【AGA 継続処方】

①希望処方薬にチェックを入れてください（処方歴がある薬剤のみ）

□プロペシア 1mg（先発品） □フィナステリド 1mg（後発品）

□ザガー□0.5mg★（先発品） □デュタステリド 0.5mgZA★（後発品）

②希望処方日数にチェックを入れてください（当院では最大3か月分迄です）

☐28日 (★30日) ☐56日 (★60日) ☐84日 (★90日)

③初回の処方以降、体調の悪化（副作用の疑い）はありましたか。

☐いいえ、ありません（正常） ☐はい（具体的に： ）

* 副作用疑いがある際には服用を中止し、「内科診察」より診察予約のうえご来院ください（保険診療対象）。

④その他、医師へ相談したい事項はありますか（AGA についてののみ）

☐ない ☐ある（具体的に：_____）

*相談事項に対しては、後ほど医師より返信いたします。

⑤オンライン診療における問診票確認での継続処方についての同意

☐ はい、同意いたします。 ☐ オンラインでの直接診察を希望します。

* オンラインでの直接診察を希望される際には 30 分前後の待ち時間を要する場合があります。

* 定期的な肝機能および腎機能のチェックを推奨いたします（3～6 か月程度の目安）。血液検査希望の際には「内科診察」より診察予約のうえ、ご来院下さい。