

【再診用 AGA/ED 治療薬処方問診票】

【ED 繼續処方】

①希望処方薬と数量にチェックを入れてください（処方歴がある薬剤のみ）

☐ バイアグラ 25mg（先発品） 数量： 錠

□バイアグラ 50mg（先発品） 数量： 錠

□シルデナフィル 25mg（後発品） 数量： 錠

□シルデナフィル 50mg（後発品） 数量： 錠

□シアリス 10mg（先発品） 数量： 錠

□シアリス 20mg（先発品） 数量： 錠

剤名	数量	錠
□タダラフィル 10mg		

品名	数量	錠
□タダラフィル 20mg		

* 転売防止目的のため、最大で合計 20 錠までとさせていただいております。

②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）。

③その他、医師へ相談したい事項はありますか（ED 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。

④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
事があります。

* 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（保険診療対象）。