

ED(勃起不全)・早漏・AGA(男性型脱毛症)診察申込兼問診票 初診・再診 診療日 年 月 日
お名前 生年月日・西暦・T・S・H 年 月 日 歳
住所 〒 都 道 府 県 市・郡 区・町・村
マンション名・アパート名・号室まで
体重

電話番号(携帯可)

E-mail address

1、今回、治療ご希望なのは？

ED 早漏 AGAしっかり発毛 AGA現状維持

2、下記薬の処方を受けたことがありますか？

なし ありの方は下記質問へ

ED(バイアグラ・レビトラ・シアリス・その他)

早漏薬()

AGA(プロペシア・ザガーロ・フィナステリド・デュタステリド・ミノタブ・ミノキシローション)

3、現在、過去に下記のいずれかに該当されていますか？

なし

がん・高血圧・心筋梗塞・狭心症・不整脈・肝硬変・慢性腎不全・透析・網膜色素変性症・脳疾患

薬剤アレルギー・臓器移植術歴・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・てんかん・水虫・メンタル

前立腺肥大・前立腺がん 健康診断での異常指摘(未受診)

4、治療中・内服中の薬はありますか？健康診断で異常を指摘されているが面倒で受診していないことは？

病名

治療薬

5、セックスの回数 週・月 回、1回のセックスにかかる時間 最初～最後まで 分・時間

オンライン4千円以上 銀行振込・代金引換(手数料あり)会計・発送後の返品・返金・交換は不可

自宅 郵便局名

追跡番号

キーボックス

領収書不要・必要