

# AGA 問診票

ID		
ふりがな		生年月日
氏名		T. S. H 年 月 日 歳
住所		

下記質問事項をご確認の上、回答欄にご記入ください。

質問事項	回答欄	
1. 以前にプロペシアを服用されたことはございますか？	はい	いいえ
2. 以前にプロペシアを服用されたことがある方にお聞きいたします。 プロペシアを服用されて副作用がでたことがございますか？	はい	いいえ
3. 肝臓の病気・肝機能障害はございますか？	はい	いいえ

下記確認事項をお読みのうえ、診察をお受け下さい。

■ **効能・効果・適応**：プロペシアの効能・効果は成人男性における男性型脱毛症の進行遅延です。他の脱毛症に対する適応はございません。未成年・女性には処方できません。

■ **用法・用量**：当院では、プロペシア 1mg 錠を1日1錠の服用をお奨めしております。食事の前後および服用時間による効果発現率に差はございません。血中濃度を安定させるため、およそ24時間おきの定期服用をおすすめいたします。3ヵ月の連日投与により効果が発現する場合もございますが、効果が確認できるまで通常6ヵ月の連日投与が必要です。また、効果を持続させるためには継続的な服用が必要です。

■ **副作用**：肝機能障害、搔痒感、口唇腫脹、顔面腫脹、蕁麻疹、発疹、睾丸痛、乳房圧痛、乳房肥大（以上頻度不明）、リビドー減退（頻度1～5%未満）、勃起機能不全、射精障害、精液量減少（以上頻度1%未満）などの報告がございます。

副作用と思われる症状が出現した際には、**服用を中止**し医師にご相談ください。

■ **その他注意事項**

1. 前立腺癌の検診を受ける方は、担当医師にプロペシアを服用していることをお伝え下さい。
2. プロペシアを服用中の方は、献血ができません。
3. プロペシアを割って飲まないでください。
4. 妊婦・妊娠の可能性のある婦人・授乳婦に取り扱わせないでください。服薬は厳禁です。
5. 肝機能の低下が数万に1人の割合で報告されております。定期的な健康診断を必ずお受けください。

当院をどのように知りましたか？ ご覧になった広告に○をつけて下さい。

1. インターネットサイト ( YAHOO Google その他 )
2. 雑誌広告
3. 知人の紹介
4. その他 ( )

以下は診察を受けた後にご記入願います。

医師の診察・説明を受け、その他、ご質問事項はございますか？ ( ある ・ ない )

プロペシアの処方を希望しますか？ ( 希望する ・ 希望しない )

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_