ED 問診票【初診】

ID

フリガナ		住　所	住所のご記入は「区・市・郡・町」まで
氏　名			都　道　府　県　市　郡　区　町
生　年 月　日	昭 平　年　月　日（　歳）	電　話	－　－

当院を何でお知りになりましたか？（□ にチェック）

パソコン	⇒	□ Yahoo!	□ Google	□ SNS	□ 口コミサイト
スマホ	⇒	□ Yahoo!	□ Google	□ SNS	□ 口コミサイト
その他	⇒	□ 知人紹介	□ ビル看板	□ チラシ	□ ティッシュ

診察の確認事項です（□ にチェック）

薬のアレルギー（発疹・発赤・かゆみ等）をおこしたことはありますか？	□ いいえ	□ はい
心臓の病気はありますか？（狭心症、心筋梗塞など）	□ いいえ	□ はい
ニトログリセリンなどの硝酸剤(舌下錠・貼り薬・塗り薬・スプレーなど)を使用していますか？	□ いいえ	□ はい
肝臓や腎臓の病気はありますか？	□ いいえ	□ はい
脳梗塞や脳出血をおこされたことはありますか？	□ いいえ	□ はい
網膜色素変性症と診断されたことはありますか？	□ いいえ	□ はい
血圧に異常があると言われたことはありますか？　「はい」の方　⇒　□ 高血圧　□ 低血圧	□ いいえ	□ はい
血液の病気はありますか？（鎌状赤血球性貧血・多発性骨髄腫・白血病等）	□ いいえ	□ はい
陰茎の病気はありますか？（屈曲・しこり等）	□ いいえ	□ はい
服用されている薬はありますか？ 「はい」の方は以下に詳細をお書きください（薬名・通院の内容）	□ いいえ	□ はい
ED 治療薬を服用されたことはありますか？ 「はい」の方は服用されていたお薬を以下から選んで下さい □ バイアグラ　□ レビトラ　□ シアリス　□ バイアグラのジェネリック	□ いいえ	□ はい

本日、医師の説明を聞き、ED 治療薬の処方を希望される方は署名して下さい

署　名＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日　　医師名　　受付

バイアグラ		レビトラ		シアリス		バイアグラのジェネリック	
25mg	50mg	10mg	20mg	10mg	20mg	25mg	50mg
錠 枚	錠 枚	錠	錠	錠	錠	錠	錠