

# ED Medical Questionnaire 【first visit】

ID

--	--	--	--

			住所のご記入は「区・市・郡・町」まで
Name		Address	都 道 市 郡 県 府 区 町
Date of birth	/ / ( years old)	Phone	- -

Please check the appropriate boxes.

PC ⇒	<input type="checkbox"/> Yahoo!	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> SNS	<input type="checkbox"/> word of mouth
Smartphone ⇒	<input type="checkbox"/> Yahoo!	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> SNS	<input type="checkbox"/> word of mouth
etc. ⇒	<input type="checkbox"/> Introduction	<input type="checkbox"/> Advertisement	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Tissue

Please check the appropriate boxes.

Are you allergic to medications ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Heart disease ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Kidney disease ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Liver disease ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Brain / neurological disease ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Abnormal blood pressure ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Are you currently taking any medications ? Please show us the medications if you have them with you.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Have you ever take erectile dysfunction therapy? <input type="checkbox"/> Viagra <input type="checkbox"/> Levitra <input type="checkbox"/> Cialis <input type="checkbox"/> Viagra generic	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

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