

# ED問診票

平成 年 月 日

■お名前 フリガナ

■生年月日 カルテNo : \_\_\_\_\_

年 月 日 満 歳

■ご住所

〒 -

■ご連絡先（ご自宅・携帯）

■ご職業

1.現在、通院や内服をされている薬はありますか？

※はいの方は詳細をご記入ください

いいえ はい →

2.心血管系障害（狭心症や心筋梗塞など）がありますか？

※はいの方は詳細をご記入ください

いいえ はい →

3.高血圧、不整脈、不安定狭心症はありますか？

※はいの方は詳細をご記入ください

いいえ はい →

4.低血圧と言われたことがありますか？

※はいの方は詳細をご記入ください

いいえ はい →

5.脳梗塞・脳出血の既往歴がありますか？

※はいの方は詳細をご記入ください

いいえ はい →

6.網膜色素変性症と言われたことがありますか？

※はいの方は詳細をご記入ください

いいえ はい →

7.肝臓や腎臓が悪いと言われたことがありますか？

※はいの方は詳細をご記入ください

いいえ はい →

8.今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

※はいの方は詳細をご記入ください

いいえ はい →

9.今までに下記の薬を飲んだことがあれば選択をしてください。

バイアグラ シアリス レビトラ

上記の項目については、私が記入しました。今回処方される薬を第三者に譲渡致しません。

※万一、第三者に譲渡され何か不具合が生じた場合、当院は一切責任を負いかねます。

■日付 年 月 日

■ご署名