

ED 治療 予 診 票

ID _____

初診日： 年 月 日

初めて当院の診察を受けられる方は、次の各項目に記入あるいは○印をおつけ下さい。

ふりがな
姓 名

生年月日 年 月 日 () 歳

住所〒

身長 cm 体重 kg

TEL

携帯 TEL

・本日希望のお薬は

- シルディナフィル (バイアグラのジェネリック) _____錠
 タダラフィル (シアリスのジェネリック) _____錠

・今までに下記の薬の処方を受けたことはありますか

- ない
 ある ED 治療薬 (バイアグラ・レビトラ・シアリス・その他_____)

・過去に薬によるアレルギー (発疹、発赤、喘息、痒みなど) が出たことはありますか

- ない
 ある 薬名と症状 _____

・現在、下記のいずれかに該当する場合は□にチェックをいれてください

- 心臓の病気で通院、またはニトログリセリン、硝酸剤、抗不整脈剤を処方されている
 肝臓や腎臓の病気で通院または治療中である
 脳梗塞あるいは脳出血をおこしたことがある
 眼の病気である「網膜色素変性症」と診断されたことがある
 陰茎の病気 (屈曲、しこりなど) がある
 血液の病気 (鎌状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病など) と診断されたことがある
 上記のいずれにも該当しない

・血圧の異常と診断または自覚している

- いいえ
 はい (高血圧 ・ 低血圧) 具体的数値が分かれば記載してください (/)

・上記以外の病気で現在治療中のものがあれば記載してください

- ない
 ある (具体的に _____)

※この問診票を記入、提出していただいた時点で、記載にいつわりはないと認め、また当院における ED 治療薬の処方に同意をいただいたものと判断させていただきます

※お渡ししました説明用紙は、服用前に必ずお読みください

※副作用として、動悸、頭痛、めまいなどがございます

副作用と思われる症状が出た際には、医師にご相談ください

【個人情報の取り扱いについて】 この予診票は当院が責任をもって管理し、治療目的以外に利用する事は一切ありません。