

ED・早漏症 問診票

氏名	フリガナ		
生年月日	T・S・H	年 月 日	身長・体重
電話番号	携帯電話:		
住所	〒		

- ① 薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ
 薬品名 ()
- ② 過去にかかったことのある病気（風邪以外）はありますか？ はい いいえ
 病名 ()
- ③ 現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ
 病名 ()
- ④ 現在服薬中の薬はありますか？ はい いいえ
 薬品名 ()
- ⑤ 心臓や血管の病気で性行為が不相当だと診断されていますか？ はい いいえ
- ⑥ 不安定狭心症と診断されていますか？ はい いいえ
- ⑦ 重度の肝機能障害はありますか？ はい いいえ
- ⑧ 血液透析が必要な腎機能障害はありますか？ はい いいえ
- ⑨ (舌下錠、貼付剤、塗布剤、スプレーなども含め) ニトログ
 リセリン、硝酸剤、抗不整脈薬を服用されていますか？ はい いいえ
- ⑩ 最近 6 か月以内に脳出血、脳梗塞、心筋梗塞を起こしましたか？ はい いいえ
- ⑪ 網膜色素変性症（目の病気）と診断されていますか？ はい いいえ
- ⑫ 低血圧（安静時 90/50 未満）、または、コントロール不良な
 高血圧（安静時 170/100 以上）がありますか？ はい いいえ
- ⑬ これまでに ED 治療薬を服用したことはありますか？ はい いいえ
 ある場合⇒ (バイアグラ シルデナフィル レビトラ シアリス その他)

※最後に、当院を知ったきっかけを教えてください。□に✓をつけてください。

パソコン検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: _____

スマホ検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: _____

口コミ

知人の紹介

看板

ご協力ありがとうございました。