

ED 問診票

ID			
ふりがな			生年月日
氏名			T. S. H 年 月 日 歳
住所			

下記質問事項をご確認の上、回答欄にご記入ください。

質問事項	回答欄	
1. 現在治療中、又は、過去に大きな病気にかかられたことがございますか？ 病名:	はい	いいえ
2. 現在服薬中のお薬はございますか？ 薬剤名:	はい	いいえ
3. 心臓の病気などでニトログリセリン、硝酸剤、抗不整脈薬 (舌下錠、貼り薬、塗り薬、スプレーなどを含みます) を服用されていますか？	はい	いいえ
4. 肝臓、腎臓の病気(血液透析を含め)はございますか？	はい	いいえ
5. 脳の病気(脳梗塞、脳出血など)はございますか？	はい	いいえ
6. 目の病気(網膜色素変性症など)はございますか？	はい	いいえ
7. 血液の病気(貧血、多発性骨髄腫、白血病など)はございますか？	はい	いいえ
8. 陰茎の病気(屈曲、しこりなど)はございますか？	はい	いいえ
9. 血圧についてお答えください。該当する箇所に○をお付けください。	低血圧	普通 高血圧
10. 過去に ED 治療薬をご使用されたことはございますか？	はい	いいえ

副作用としてほてり、血圧上昇、潮紅、動悸、頭痛、昏迷、めまい、血清総蛋白減少、血清 CPK 上昇、BUN 上昇、ヘマトクリット値減少、起立性低血圧、下痢、鼻閉、消化不良、嘔気、陰茎疼痛、かゆみ、彩視症、筋痛、背部痛、四肢痛などの報告がございます。

副作用と思われる症状が出現した際には、**服用を中止し**医師にご相談ください。

当院をどのように知りましたか？ ご覧になった広告に○をつけて下さい。

1. インターネットサイト (YAHOO Google その他)
2. 雑誌広告
3. 知人の紹介
4. その他:

以下は診察を受けた後にご記入願います。

医師の診察・説明を受け、その他、ご質問事項はありませんか？ (ある ・ ない)

ED 治療薬の処方を希望しますか？ (希望する ・ 希望しない)

年 月 日 署名 _____