

ED（勃起不全）・PE（早漏症）治療 問診票

ID: _____ 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (初診・再診)

お名前	(フリガナ)	生年月日	大正・昭和・平成	年
			月	日生(歳)
ご連絡先 (お電話番号)	— —	お住まいの 都道府県		
来院のきっかけ (○で囲んでください)	知人の紹介 ・ 雑誌 (雑誌名: _____) ・ クリニックホームページ ネットで検索 (検索エンジン: Google ・ Yahoo! ・ その他ブログなど) その他 (具体的に _____ : _____)			

1. 今回治療をご希望なのは

ED (勃起不全) ・ PE (早漏症) ・ 両方

2. 今まで、下記の薬の処方を受けたことがありますか？

ED 治療薬 (バイアグラ・レビトラ・シアリス) PE 治療薬 (プリリジー・その他) なし

3. 過去に飲み薬でアレルギー症状が出た事、または体調が悪くなった事がありますか？

はい (具体的に: _____) ・ いいえ

4. 現在、下記のいずれかに該当されていますか？

はい (具体的に: _____) ・ いいえ

- ◆ 心臓に疾患があり、通院、もしくは投薬をされている。
(ニトログリセリン、硝酸剤、抗不整脈薬の処方を受けている)
- ◆ 肝臓・腎臓に疾患がある。
- ◆ 脳梗塞、脳出血や心筋梗塞の既往歴が最近 6 カ月以内にあった。
- ◆ 『網膜色素変性症』と診断されている。

5. 血圧に異常がある、と言われたことはありますか？

もしくはご自身で感じたことはありますか？

はい (高血圧 低血圧) ・ いいえ

はいと答えられた方、具体的な数値がわかればご記入ください。 (_____ / _____)

6. 上記までの質問に出た以外で、現在治療中の病気及び服用中の薬はありますか？

はい (具体的に: _____) ・ いいえ

※ この問診票に記載・提出頂いた時点で、当院の ED(PE) 治療薬の処方に同意頂いたものと判断させていただきます。

副作用として、頭痛・動悸・めまいなどがございます。

副作用と思われる症状がでた場合は服用を中止し医師にご相談ください。