

問 診 票

日付： 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和		
氏 名			平成	年 月 日	(歳)
住 所	〒 -				

該当箇所にチェックしてください	
1. 以前、薬によってアレルギー(発疹、発赤、かゆみ等)をおこしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 心臓の病気(狭心症、心筋梗塞など)はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. 心臓の病気などでニトログリセリンなどの硝酸剤(舌下錠・貼り薬・塗り薬・スプレー等)を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. 他に使用中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい () <small>※「はい」の方は、薬名(前立腺肥大・高血圧・肺高血圧の薬品名等)を必ずご記入ください。</small> <input type="checkbox"/> いいえ	
5. 肝臓や腎臓の異常を指摘されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. 普段の血圧はどれくらいですか？ (/)	
7. 脳梗塞あるいは脳出血をおこしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8. 網膜色素変性症と診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9. 陰茎の病気(屈曲、しこり等)はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10. 血液の病気(鎌状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病等)と診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11. ED治療薬を服用したことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> バイアグラ <input type="checkbox"/> レビトラ <input type="checkbox"/> シアリス ※ジェネリック含む) ⇒12番へおすすみください <input type="checkbox"/> いいえ ⇒13番へおすすみください	
12. ED治療薬の入手方法は何ですか？ <input type="checkbox"/> 医療機関にて処方 <input type="checkbox"/> 知人から <input type="checkbox"/> その他()	
13. 来院のきっかけをお聞かせください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> インターネット検索(検索キーワード:) <input type="checkbox"/> 紹介 (<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 医療機関:)	

治療薬		
シアリス	シアリスジェネリック (クラシエ)	
20mg	10mg	20mg

医療法人社団福秀会
浦安たかやなぎクリニック