

ED (勃起不全)・早漏症 治療

問診票

20 年 月 日

お名前	(フリガナ)
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
ご住所	
電話番号	
来院された きっかけ (○を付けて下さい)	1 インターネットのホームページ ※ 使用した検索エンジン (Yahoo! ・ Google ・ その他) 2 知人の紹介 3 雑誌・その他 (具体的に覚えていれば : _____)

1. 今回希望される治療

ED (勃起不全) ・ 早漏症 ・ 両方

2. 今まで、下記の薬の処方を受けたことがあれば○を付けて下さい。

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

3. 過去に処方されたお薬でアレルギー症状が出たり、体調が悪くなった事がある。

はい (具体的に : _____) ・ いいえ

4. 心臓に疾患があり、通院されている。 またはお薬を処方されている。

はい (具体的な疾患、お薬名 : _____) ・ いいえ

5. 血圧に異常がある、と言われたことがある。

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. 肝臓・腎臓に疾患がある、もしくは悪いと言われた事がある

はい (具体的に : _____) ・ いいえ

7. 脳梗塞、脳出血や心筋梗塞の症状が最近6カ月以内にあった

はい (具体的に : _____) ・ いいえ

8. 『網膜色素変性症』と診断されたことがある

はい ・ いいえ

9. 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があればお伝え下さい。

ある (具体的に : _____) ・ ない

10. 問診票の記載に偽りはなく、東京レオンクリニックでの治療に同意します。

はい ・ いいえ

(医療機関記入欄)

ID: _____