

# おおき内科・泌尿器科クリニック

## ED 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			
お名前			
生年月日	年	月	日生 ( 歳)
ご住所	〒		
お電話番号 ※ご連絡の取りやすい電話番号			
緊急連絡先 (ご家族の携帯電話等)		ご本人様との間柄	

■ 症状はいつごろからですか？

--

■ 心臓の病気はありますか？

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名: )
--

■ 薬のアレルギーはありますか？

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的に: )
--

■ 今までにED治療薬を内服したことはありますか？

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前: )
--

■ 普段、飲んでいる薬があれば記入してください。(お薬手帳を持参頂く方は記入不要です)

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前: )
--

■ 今までにかかったことのある病気はありますか。

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
『ある』と回答した方→ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障
<input type="checkbox"/> 手術 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

■ その他：診察についてご希望やご意見はありますか？

--