

問診票

ふりがな

氏名: _____ (_____)才 既婚・未婚

携帯電話: _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(時間の変更等、急遽ご連絡が必要な場合もありますので、必ずご記入ください)

住所: _____

当院をお知りになったきっかけは?: yahoo、 google、 その他 (_____)

●下記の項目にチェック、記入をお願いします。

- 1) 以前、薬を飲んで過敏症状(発疹、発赤、かゆみなどのアレルギー症状)をおこした事がありますか?
ない ある →薬品名(_____)
- 2) 現在使用中の薬はありますか?
ない ある →薬品名(_____)
- 3) 心臓の病気(狭心症、心筋梗塞など)がありますか?
いいえ はい
- 4) 心臓の病気などでニトグリセリンなどの硝酸剤を使用していますか?
いいえ はい
- 5) 先天性の不整脈(QT、延長症候群)と診断されたことがありますか?
またはキニジン、プロカインアミド、アミオダロン、ソタロールなどの抗不整脈薬を使用中ですか?
いいえ はい
- 6) 脳梗塞、脳出血あるいは心筋梗塞をおこしたことはありますか?
いいえ はい
- 7) 肝臓の病気はありますか?
いいえ はい
- 8) 低血圧(90/50mmHg 以下)あるいは高血圧(170/100mmHg 以上)と言われたことがありますか?
いいえ はい
- 9) 網膜色素変性症と診断されたことがありますか?
いいえ はい
- 10) HIV 治療薬のリトナビル(ノーヒア)またはイソジナビル(クリキシバン)を使用中ですか?
いいえ はい
- 11) 抗真菌薬(水虫などの治療薬)のケトコナゾールやイトラコナゾールを使用中ですか?
いいえ はい
- 12) テラゾシン、タムスロシンなどの α 遮断薬(排尿障害、高血圧の治療薬)を使用中ですか?
いいえ はい
- 13) 血液透析を行ってますか?
いいえ はい
- 14) 血液の病気(鎌状血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病など)がありますか?
いいえ はい
- 15) 出血性の病気あるいは消化性潰瘍がありますか?
いいえ はい
- 16) 陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか?
いいえ はい
- 17) 他の勃起障害治療(薬、器具、手術など)を行ったことがありますか?
いいえ はい