

記入日： 年 月 日

ふりがな			
お名前			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・西暦 年 月 日	年齢	歳
住所	〒	電話	
当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ 差しつかえなければ、お聞かせください。 (複数回答でも構いません。)		<input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他( )	

以下の問診にチェックをしてください。

以前、薬によってアレルギー（発疹・発赤・喘息・かゆみ等）を起こしたことはありますか？	はい	いいえ
心臓の病気（狭心症・心筋梗塞など）はありますか？	はい	いいえ
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？	はい	いいえ
他に使用中の薬はありますか？ 「はい」の方は、薬剤名を記入してください。	はい   いいえ	<薬剤名>
肝臓や腎臓の病気はありますか？	はい	いいえ
血圧についてお答えください。	低い	普通   高め
脳梗塞あるいは脳出血を起こしたことはありますか？	はい	いいえ
網膜色素変性症と診断されたことはありますか？	はい	いいえ
陰茎の病気（屈曲・しこり等）はありますか？	はい	いいえ
血液の病気（鎌状赤血球貧血、多発性骨髄腫、白血病）と診断されたことはありますか？	はい	いいえ
ED 治療薬を服用したことはありますか？	はい⇒バイアグラ（ジェネリック）・レビトラ・シアリス	いいえ

ご記入、ありがとうございました。

※クリニック記入欄

体温	℃	血圧	/	脈拍	/分
----	---	----	---	----	----