

# 問診票

フリガナ	
氏名	_____様
生年月日	T S H R 年 月 日
日中つながる連絡先	( _____ )
住所 〒 _____	焼津・藤枝・島田・静岡市

1. 今まででED（勃起不全）の薬を内服したことがありますか。

いいえ・はい

2. 過去に薬を内服しアレルギーが出たり体調が悪くなったことはありますか。

いいえ・はい

3. 下記の病気にかかったことはありますか。

高血圧 心疾患 脳血管疾患 肝機能障害 腎機能障害 その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 現在治療中の病気や内服中の薬はありますか。

いいえ・はい(病名: \_\_\_\_\_ 薬: \_\_\_\_\_ )