

問診票(ED治療)

来院日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日 (歳)
住所	〒 -	
携帯電話	(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)	

○下記の項目にチェック、記入をお願いします。

1. 今までED治療薬の処方を受けたことはありますか?
なし ある (バイアグラ・レビトラ・シアリス)
2. 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）が出たことがありますか?
なし ある (薬の名前)
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ロ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がありますか?
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. 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
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. 上記以外の病気で、現在治療中のものがあれば記載してください。
なし あり (具体的に)

*ご協力ありがとうございました。