

ED（勃起障害）に関する問診票

カルテ No. _____

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭・平・令 (歳)	年	月 日
住所	〒 _____				
連絡先	携帯電話		自宅（携帯電話がない場合）		

- 治療中の病気はありますか？ はい(治療中の病気: _____) いいえ
- 使用中の薬はありますか？ はい(薬の名前: _____) いいえ
- 心臓の薬のニトログリセリンなどの硝酸剤を持っていますか？ はい(薬の名前: _____) いいえ
- これまでに薬によって発疹、発赤、かゆみ、その他のアレルギー症状をおこしたことがありますか？
 はい(薬の名前: _____) いいえ
- これまでに下記の病気にかかったことがありましたらチェックを入れてください
 不整脈 肝障害 腎障害 低血圧、高血圧 不安定狭心症 脳梗塞、脳出血、心筋梗塞
 網膜色素変性症 陰茎の病気 血液の病気 出血性疾患、消化性潰瘍
- これまでに ED 治療を受けた事がありますか はい いいえ
- 体に合わない注射や薬がありますか？もしくは、なにかのアレルギーと診断されたことがありますか？
 いいえ はい (_____)
- 当院の ED 治療を何でお知りになりましたか？
 既に皮膚科に通っていた 地域の情報誌(クータ) LINE 看板 電話帳
 当院のパンフレット 家族の紹介 知人の紹介 ネット検索による当院 HP
 ネット広告による当院 HP WEB サイト：ドクターズファイル WEB サイト：病院なび
 WEB サイト：caloo WEB サイト：Medical DOC Facebook Instagram
 その他 (_____)
 他の医療機関からの紹介