

# 問 診 票

昭・平 年 月 日 生

(ふりがな)

お名前 男・女 歳 ご職業 ( )

(〒 - )

住所

携帯 ( - - ) TEL ( - - )

\*時間変更等、急きょご連絡が必要な場合がございますので、携帯番号の記入をお願いいたします。

## ●下記の項目にチェック、記入をお願いします。

- 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)を起こした事がありますか？  
ない or ある (薬品名・症状 )
- 現在服用中の薬はありますか？ ない or ある (薬品名 )
- 心臓の病気(狭心症、心筋梗塞など)がありますか？または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？ ない or ある (病名・薬品 )
- 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、ソタロール、プロカインアミド、アミオダロンなどの抗不整脈薬を使用中ですか？  
ない or ある (薬品名 )
- 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？  
ない or ある (病名 )
- 肝臓の病気はありますか？ ない or ある (病名 )
- 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？  
ない or ある
- 網膜色素変性症と診断されたことがありますか？ いいえ or はい
- 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 or はい
- 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 or はい
- テラゾシン、タムスロシンなどの $\alpha$ 遮断薬(排尿障害、高血圧の治療薬)を使用中ですか？  
いいえ or はい
- 血液透析を行ってますか？ いいえ or はい
- 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 or はい
- 出血性の病気あるいは消化性潰瘍がありますか？ いいえ or はい
- 陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか？ いいえ or はい
- 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 or はい

## ●当クリニックをどのような方法でお知りになりましたか？

- 友人・知人・家族の紹介(紹介者名 )
- 新聞折込・ぱど・地域紙・看板・電話帳・その他 ( )
- ホームページ・(⇒アドレスはどこで知りましたか？) ぱど・新聞・看板・その他 ( )