問 診 票

年　　月　　日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏　　名			
住　　所	〒		
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　満　　歳		
ＴＥＬ	（自宅）　　（携帯）		

◆ 過去に ED（勃起不全）の治療をしたことがありますか？

いいえ・はい［ お薬　・バイアグラ(　　mg)・シアリス(　　mg)・レビトラ(　　mg) ］

◆ 過去に ED 治療薬でアレルギーが出たことがありますか？

いいえ・はい［ お薬　　］

◆狭心症や心筋梗塞などの病気がありますか？

いいえ・はい［ 病名　　］

◆ 心臓血管系の治療薬（ニトログリセリンなどの貼り薬や舌下錠剤，スプレーなど）の使用がありますか？

いいえ・はい［ お薬　　］

◆ 不整脈の治療をする薬を飲んでいますか？

いいえ・はい［ お薬　　］

◆ 低血圧（９０以下）や高血圧がありますか？

いいえ・はい［ 低血圧 ・ 高血圧 ］

◆ 重度の肝機能障害といわれたことがありますか？

いいえ・はい

◆ 過去半年以内で，脳梗塞や脳出血，心筋梗塞の既往がありますか？

いいえ・はい［ 病名　　］

◆ 水虫を治療する飲み薬を飲んでいますか？

いいえ・はい［ お薬　　］

◆ その他、ご質問やご心配があればご記入ください

［　　］

※当院では患者様間違いによる医療事故防止のため原則としてお名前をフルネームでお呼びしています。
ご都合が悪い方は受付にお申し出ください。

◆ 当クリニックは何でお知りになりましたか？よろしければチェック☑を付けて下さい

☐知人の紹介　☐医師の紹介　☐福祉施設の紹介　☐その他紹介

☐パソコンでの検索　☐スマホでの検索　☐パソコンでのネット広告　☐スマホでのネット広告

☐その他（　　）

吉澤クリニック