

E D問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ
お名前

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住所

電話番号

・今まで、E D薬を使用したことはありますか？

副作用はありましたか？ なし・あり（目の充血・頭痛・動悸・その他）

- 1、心臓などの病気で、ニトログリセリン等（舌下錠、貼り薬、塗り薬、スプレーなど）のお薬を使用していますか？ はい・いいえ
- 2、狭心症や心筋梗塞を起こしたことがありますか？ はい・いいえ
- 3、低血圧や高血圧と言われたことがありますか？ はい・いいえ
- 4、不整脈と診断されたことがありますか？
また不整脈のお薬を内服中ですか？ はい・いいえ
- 5、脳梗塞や脳出血をおこしたことはありますか？ はい・いいえ
- 6、肝臓や腎臓の病気はありますか？ はい・いいえ
- 7、網膜色素変性症と診断されたことがありますか？ はい・いいえ
- 8、血液の病気はありますか？ はい・いいえ
- 9、排尿障害はありませんか？もしくは排尿障害の治療中ですか？ はい・いいえ
- 10、陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか？ はい・いいえ
- 11、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？ はい・いいえ
- 12、何か、お薬を普段または時々使用されることはありますか？ はい・いいえ
- 13、透析治療を行っていますか？ はい・いいえ