

問診票 (ED)

なまえ 名前					
住所	〒 —				
電話番号 (携帯可)	— —				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 歳
1 以前、薬によって過敏症状 (発疹、発赤、かゆみ、その他のアレルギー症状) をおこした事がありますか?					1 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 心臓の病気などでニトログリセリンなどの硝酸剤 (舌下錠、貼り薬、塗り薬、スプレーなどを含む) を使用していますか?					2 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 血管系の病気 (狭心症、心筋梗塞など) がありますか?					3 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4 低血圧(血圧<90/50mmHg)あるいは高血圧(血圧>170/100mmHg)と言われたことがありますか?					4 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 脳梗塞あるいは脳出血をおこしたことはありますか?					5 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 肝臓の病気はありますか?					6 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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?					7 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 血液の病気(鎌状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病など)がありますか?					8 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 出血性の病気あるいは消化性潰瘍がありますか?					9 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10 血液透析を行っていますか?					10 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11 陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか?					11 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12 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?					12 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13 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?					13 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14 抗真菌薬 (水虫などの治療薬) のケトコナゾールまたはイトラコナゾール (イトリゾール) を使用中ですか?					14 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15 テラゾシン(バソメット等)、タムスロシン(ハルナール等)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?					15 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16 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?					16 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17 他に使用中の薬はありますか?					17 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>※バイアグラ・レビトラ・シアリス錠の処方にあたり、以上の問診に偽りはありません。</p> <p>※万が一、偽りの申告があり何らかの問題が生じた場合、貴院に一切の責を負わせないことを約束します。</p>					