ED(勃起不全)・早漏 治療　問診票

※空欄がないよう全て記入お願いします。

ID:　　20　年　月　日　:　（ 初診 ・ 再診 ）

お名前	(フリガナ)	生年月日	昭和 ・ 平成 年　月　日生（　歳）
ご連絡先 (TEL 番号)	―　　―	メール アドレス	

お住まい		都 道 府 県		市区町 村 郡	

来院のきっかけ （〇で囲んで下さい）	1.Google　2.GoogleMAP　3.Yahoo! 4.広告バナー　5.知人の紹介 6.雑誌(雑誌名:　　)　7.その他(具体的に:　　)

その他の治療	AGA 治療(薄毛治療)に興味が 1.ある 2.ない	ダイエット治療に興味が 1.ある 2.ない

5. 今回、治療を御希望なのは？

両方　　ED（勃起不全）　　早漏

2.下記の薬の処方を受けたことがありますか？

ED 薬（ なし ・ バイアグラ ・ レビトラ ・ シアリス ）
早漏薬（ なし ・ あり ）
(病院名：　　)

3.現在、下記のいずれかに該当されていますか？

なし　虚血性心疾患　不整脈　肝硬変　慢性腎不全　網膜色素変性　脳疾患　薬剤アレルギー

4.血圧に異常がありますか？

いいえ ・ はい　　血圧の値（　　/　　）mmHg

5.現在治療中の病気及び服用中の薬はありますか？

いいえ ・ はい　　(病名と治療薬：　　)

・この問診票で、当院の治療・処方に同意頂けたとさせて頂きます。
・当院の海外医薬品はすべて厚生労働省の輸入許可を得た医薬品のみを処方しております。
・たまに、もしくは、いつも、①射精のコントロールが不能、②早期に射精する、③本人が満足していない、④パートナーが満足していないかもしれない場合、早漏症が疑われますので、医師にご相談ください。

(医師記入欄)