

No.

問診票

年 月 日

生年月日 () 歳

氏
名

T
S
H 年 月 日 生まれ

住
所

☎

✉

■次の質問にお答えください。

勃起障害の診療には保険が利かないことをご存知ですか はい いいえ

いつから勃起の調子が悪いですか? ()

特別なきっかけがありますか? はい いいえ

早朝の勃起はありますか? はい いいえ

射精は可能ですか? はい いいえ

身長、体重を教えてください。

身長 () cm) 体重 () kg)

タバコは1日に何本吸いますか?
(過去にタバコを吸っていた方もお答えください) (約) 本)

タバコは何年間吸い続けていますか?
(過去にタバコを吸っていた方もお答えください) (約) 年)

お酒は飲めますか? はい いいえ

最近、憂鬱な気分、考えがまとまらない、意欲が低下していると思うようなことがありますか? はい いいえ

心臓が悪いと言われたことはありますか? はい いいえ

高血圧と言われたことはありますか? はい いいえ

糖尿病と言われたことはありますか? はい いいえ

肝臓が悪いと言われたことはありますか? はい いいえ

腎臓が悪いと言われたことはありますか? はい いいえ

精神科の病気で治療されたことはありますか? はい いいえ

他に現在治療中の病気はありますか? はい いいえ

はい、とお答えの方は病名を教えてください。 ()

現在服用中の薬はありますか? はい いいえ

実薬もしくは薬局からのお薬の資料を持参されている方は受付へご提示ください。 ()

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。