

**UR 急****問 診 票**

※太枠内をご記入ください。

ふりがな 【必須】		住 所 【必須】	〒 (            —            )
氏 名 【必須】			
生年月日 【必須】	T. S. H            年            月            日 (            歳)		

1. 以前、薬によってアレルギー（発疹、発赤、喘息、かゆみ等）をおこしたことはありますか？	はい・いいえ
2. 心臓の病気（狭心症、心筋梗塞など）はありますか？	はい・いいえ
3. 心臓の病気などで <u>ニトログリセリン</u> などの硝酸剤（舌下錠・貼り薬・塗り薬・スプレー等）を使用していますか？	はい・いいえ
4. 他に使用中の薬はありますか？ 「はい」の方は以下に薬名をご記入ください。  薬名：( _____ )	はい・いいえ
5. 肝臓や腎臓の病気はありますか？	はい・いいえ
6. 血圧についてお答えください。	知らない ・ 100mmHg 以下 ・ 100～140mmHg ・ 140mmHg 以上
7. 脳梗塞、脳出血をおこしたことはありますか？	はい・いいえ
8. 網膜色素変性症と診断されたことはありますか？	はい・いいえ
9. 陰茎の病気（屈曲、しこり等）はありますか？	はい・いいえ
10. 血液の病気（鎌状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病等）と診断されたことはありますか？	はい・いいえ
11. ご希望の ED 治療薬はありますか？ 「はい」の方はご希望の薬品名と mg 数をご記入ください。  (薬品名： _____ , _____ mg)	はい・相談したい