

ED治療薬の処方を受ける方の問診表

お名前

フリガナ

生年月日

昭和・平成 年 月 日

住所

〒

問診項目

1	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)をおこしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	狭心症、心筋梗塞、先天性不整脈(QT延長症候群)と診断されたことはありますか？ < ニトログリセリンなどの硝酸剤または抗不整脈剤を服用中ですか？ >	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	高血圧(最大血圧が170mmHg以上または最小血圧が100mmHg以上)もしくは低血圧(最大血圧が90mmHg以下)ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	半年以内に、脳出血、脳梗塞を起こしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	水虫の飲み薬を服用中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	重い肝臓の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	血液透析を行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	網膜色素変性症と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	そのほか、現在治療中の病気はありますか？また、現在服用中の薬剤はありますか？(病名 薬剤名)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	バイアグラ錠・レビトラ錠は、1日1回服用までで、次の服用までは、24時間以上空けてください。(シアリス錠は次の服用までは、36時間以上空けてください。)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

記入日 平成 年 月 日

ご記入者(ご署名)

処方ご希望の錠数

バイアグラ(50mg)	錠		
レビトラ(10mg)	錠	レビトラ(10mg)	錠
シアリス(10mg)	錠	シアリス(20mg)	錠