

ED(勃起不全)・早漏 治療 問診票

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)	— —	お住まい	都 道 府 県	市 区 町 郡 村	
お住まい					
来院のきっかけ (○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)に興味がある 1.ある 2.ない		ダイエット治療に興味がある 1.ある 2.ない		

1.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 (バイアグラ レビトラ シアリス ・ なし) 早漏薬 (あり ・ なし)
(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？

はい いいえ 具体的数字が分かれば記載下さい (/)

5.現在治療中の病気及び服用中の薬はありますか？

はい (具体的に: _____) いいえ

- ・この問診票で、当院のED・早漏治療薬の処方に同意頂けたものと判断させていただきます。
- ・ユナイテッドクリニックグループの海外医薬品はすべて厚生労働省の許可を得た医薬品のみを処方しており、300万錠以上の処方実績があります。
- ・ED・早漏治療薬は一日一回までの服用となるので、用法用量を守って正しくお使い下さい。

(医師記入欄)