

問診票



かつしかキュアクリニック

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和	職業
お名前			年 月 日 (歳)	
ご住所	〒		電話番号	

はい・いいえに○をつけてお答えください。

1	心臓の病気などでニトログリセリンなどの硝酸剤(舌下錠、貼り薬、塗り薬、スプレーなどを含む)を使用していますか？ (薬品名：)	はい	いいえ
2	不整脈の薬を使用していますか？ (薬品名：)	はい	いいえ
3	肺高血圧症の薬を使用していますか？ (薬品名：)	はい	いいえ
4	他に使用中のお薬がありますか？ (薬品名：)	はい	いいえ
5	今までにお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？	はい	いいえ
6	心臓が悪い(狭心症、心筋梗塞など)といわれたことはありますか？	はい	いいえ
7	肝臓が悪いといわれたことはありますか？	はい	いいえ
8	低血圧・高血圧といわれたことはありますか？	はい	いいえ
9	脳梗塞・脳出血を起こしたことはありますか？	はい	いいえ
10	網膜色素変性症(進行性の夜盲、視野狭窄)と診断されたことがありますか？	はい	いいえ
11	腎臓が悪いといわれたことはありますか？	はい	いいえ
12	陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか？	はい	いいえ
13	血液の病気(多発性骨髄腫、白血病、鎌状赤血球性貧血など)がありますか？	はい	いいえ
14	出血性の病気あるいは消化性潰瘍がありますか？	はい	いいえ
15	他の勃起障害治療薬(薬、器具、手術など)を行ったことがありますか？	はい	いいえ
16	過去に視力喪失の経験はありますか？	はい	いいえ
17	他に現在治療中の病気はありますか？ (病名：)	はい	いいえ

副作用として、ほてり、血圧上昇、潮紅、動悸、頭痛、昏迷、めまい、血清総蛋白減少、血清CPK上昇、BUN上昇、ヘマトクリット値減少、起立性低血圧、下痢、鼻閉、消化不良、嘔気、陰茎疼痛、かゆみ、彩視症、筋痛、背部痛、四肢痛などの報告があります。

副作用と思われる症状が出現した際には、**服薬を中止**し医師にご相談ください。

以下は説明を受けた後にご記入願います。

医師の診療・説明を受け、その他、ご質問事項はありませんか？ (ある ・ ない)
ED治療薬の処方を希望しますか？ (希望する ・ 希望しない)
年 月 日 署名