



専用問診票

ふりがな

氏名

住所

電話番号

今回の、診察の目的は、ED薬の処方希望よろしいですか？ はい・いいえ

現在治療中の病気はありますか？ はい・いいえ

治療中の病気がある場合、病名と薬剤名を下記にもれなく記入ください。

治療しなくても、検診等で異常を指摘されたことはありますか？ はい・いいえ

はいの場合、指摘事項をもれなく記入ください。

今まで、お薬や食べ物、サリナなどで異常を感じたことはありますか？ はい・いいえ

はいの場合、その内容を記入ください。

他院で、ED薬の処方は受けていますか？

はい・いいえ

※受けている場合、併用はできません。併用を選ければ、処方が可能です。

HP上の、注意点やしおり、よく読んで、お薬である以上、一定の副作用の可能性

があることは、ご理解と同意いただけていますか。

はい・いいえ

このまま、受付にお渡しください。コメントは必要ありません。

別途、お言葉での説明や一般問診票の記載の必要はありません。

おちあい皮膚科クリニック