

# 問 診 票

ご記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前		□昭和 □平成 年 月 日
ご住所	〒	連絡先電話番号

1	以前、薬を飲んで過敏症状（発疹・発赤・かゆみ・その他アレルギー症状）を起こしたことがありますか？	はい・いいえ
2	1 ではいの方、薬品名をお書き下さい 薬品名（ ）	
3	現在使用中の薬はありますか？	はい・いいえ
4	3 ではいの方、薬品名をお書き下さい 薬品名（ ）	
5	心臓の病気（狭心症・心筋梗塞など）や肺高血圧症がありますか？	はい・いいえ
6	心臓の病気などで、ニトログリセリンなどの亜硝酸剤、肺高血圧症で使用していますか？	はい・いいえ
7	先天性の不整脈（QT延長症候群）と診断されたことがありますか？	はい・いいえ
8	プロカインアミド、アプリンジン、ソタノールなどの抗不整脈剤を使用 中ですか？	はい・いいえ
9	脳梗塞、脳出血、心筋梗塞を起こしたことがありますか？	はい・いいえ
10	肝臓の病気はありますか？	はい・いいえ
11	低血圧(90/50mmHg以下) あるいは 高血圧(140/90mmHg以上)と言われた こと がありますか？	はい・いいえ
12	網膜色素変性症と診断されたことがありますか？	はい・いいえ
13	抗真菌薬(水虫の薬)のイトラコナゾールやテルビナフィンを使用 中ですか？	はい・いいえ
14	プラジソン、タムスロシンなどのα遮断薬（排尿障害の薬・降圧剤の一種） を 使用中ですか？	はい・いいえ
15	血液透析を行っていますか？	はい・いいえ
16	H I V 治療薬のドナテグラビルやダルナビルなどを服用中ですか？	はい・いいえ
17	血液の病気（多発性骨髄腫・白血病・悪性リンパ腫など）がありますか？	はい・いいえ
18	出血性のある病気(血友病・血小板減少症・出血性胃潰瘍など)がありますか？	はい・いいえ
19	陰茎の病気（屈曲・しこりなど）がありますか？	はい・いいえ
20	他の勃起障害治療（薬・器具・手術など）を行ったことがありますか？	はい・いいえ

