

受付番号

問診票

No.

20 年 月 日

住所	都・道・府・県	区・市・郡	携帯番号	()			
	未婚 ・ 既婚		生年月日	S・H	年	月	日
備考			年齢				歳

【質問事項】 私 ・ ス

・何を見て当院をお知りになりましたか。
 [ネット検索 (Yahoo・Google) <検索ワード _____> ・ 紹介]

・過去に処方されたお薬でアレルギー症状がでたことがありますか。
 [_____]

・現在治療中の病気、及び服用中の薬があればお知らせください。

[_____]	・ED薬	ご購入場所	・AGA治療薬	ご購入場所
	…服用中	()	…服用中	()
	…過去に服用有り	()	…過去に服用有り	()
	…服用無し		…服用無し	

[E D]

・心臓に疾患があり、通院されている。または処方を受けている。
 はい ・ いいえ
 [疾患名、お薬名 _____]

・血圧に異常がある、または言われたことがある。
 はい ・ いいえ
 [疾患名、お薬名 _____]

・肝臓、腎臓に異常がある、または言われたことがある。
 はい ・ いいえ
 [疾患名、お薬名 _____]

・脳梗塞、脳出血や心筋梗塞となったことがある。
 はい ・ いいえ

・『網膜色素変性症』と診断されたことがある。
 はい ・ いいえ

[アンケート]

・今回当院を選ばれた理由をお聞かせください。
 [_____]