

【問診表】

平成 年 月 日

■氏名 (歳)

■来院理由（症状・ご相談等をお書き下さい）

■バイアグラ錠について

相談・希望

■病歴（現在治療中又は、過去に治療されたことのある病気）

・なし

・高血圧 糖尿病 高脂血漿 潰瘍（胃・十二指腸） 脳梗塞 喘息
肝炎（A型・B型・C型） 心臓病 その他（ ）

■毎日飲んでいる薬はありますか？

・なし

・あり（

）

■薬や食物によるアレルギーの経験がありますか？

・なし

・あり（

）

■女性の方にうかがいます。現在妊娠していますか？

・いいえ

・はい（

ヵ月）

・わからない
