

【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 ()

■女性の方にかかっています。現在妊娠していますか？

・いいえ ・はい (カ月) ・わからない
