

# 問診票

印刷の上ご記入いただき、受付へご提出ください。

※ ご記入いただいた個人情報は、細心の注意を持ってお取り扱いいたします。

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ ( 歳 )

## ■既往歴

狭心症・心筋梗塞の治療（有り・なし） ほかのご病気（ \_\_\_\_\_ ）

現在服用中の内服薬（ \_\_\_\_\_ ）

ED 治療薬の内服経験（有り・なし）

有りとお答えの方は、服薬したお薬（バイアグラ 25・50／レビトラ 10・20／シアリス）

## ■現在の ED の状態について

現在の状態をご説明ください。

1. 性的な情動を感じることがない（はい・いいえ）
2. 起床時に自然に勃起する（はい・いいえ）
3. 性交前に勃起しない（はい・いいえ）
4. 性交前に勃起するが、最後まで勃起が維持できない（はい・いいえ）
5. 射精するまで勃起が続かない（はい・いいえ）
6. 射精することが出来ない（はい・いいえ）

柁原医院

-----  
クリニック備考欄：  
-----