

年 月 日

北村クリニック 勃起障害（ED）問診票

フリガナ			
氏名	性別（男・女）	生年月日	年 月 日 (歳)
住所（〒 - ）			
電話番号	- -	携帯番号	- -
緊急連絡先	- -	（ さま）	
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 通りがかり	<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 医院の紹介（ ）
	<input type="checkbox"/> 知人の紹介	<input type="checkbox"/> 仕事場が近く	<input type="checkbox"/> その他（ ）

■どのような症状ですか？（複数チェック可能です）

- 全く勃起しなくなった（ 年前から）
- ある程度の勃起があるが持続しなくなった。
- 勃起するが硬度がなくなってきた
- 早漏である
- 射精しにくい
- 性欲がなくなった
- その他（ ）

■以下の事項について記載ください

- ・職業（ ）
- ・既往歴・入院・手術歴（ ）
- ・身長（ cm） ・体重（ kg）
- ・喫煙（あり ・ なし）（ありの場合： 本/日 ・ 年くらい）
- ・お酒（ほぼ毎日飲む ・ たまに飲む ・ 飲まない）
- ・アレルギー歴（ ）
- ・内服しているお薬（ ） お薬手帳か処方箋写しをご持参ください。
- ・その他のご要望について

ご記入お疲れ様でした。必要事項に記載して受診の時、持参してください。

プライバシーには十分配慮いたします。