

※個人情報に関わるものなので、封筒に入れてご持参いただき、受付にて「ホームページを見てきました」とお伝えください。

●オンライン問診票●

やましたクリニック

** 勃起不全でお悩みの方 **

名前: _____ 年齢: _____ 歳 生年月日: _____ 年 月 日生まれ

住所: 〒 _____ 電話番号: (_____) _____

■あてはまる項目にチェックを入れてください。また、必要事項にご記入をお願いします。

- 奥さんや彼女との交渉がうまく行かない
- 以前 勃起不全の薬を使った事がある
ある場合 薬の名前→(_____)
- できれば保険適応の薬で治したい

・持病や内服薬がありますか

【病気】

- 心筋梗塞 狭心症 肝機能障害 低血圧 高血圧 網膜色素変性症
- その他 (_____)

【薬】

- ニトログリセリンなど狭心症の薬 不整脈の薬 爪白癬の薬 前立腺肥大の薬
- 具体的な名前(_____)