

ED外来問診表

ご記入日 年 月 日

ふりがな お名前	昭和・平成 年 月 日 生まれ
住所	連絡電話番号

1、薬によって過敏症状(発疹、発赤、かゆみ、その他のアレルギー症状)をおこしたことがありますか？

はい ・ いいえ

2、狭心症、心筋梗塞、先天性不整脈(QT延長症候群)と診断されたことはありますか？
<ニトログリセリンなどの硝酸剤または抗不整脈剤を服用中ですか？>

はい ・ いいえ

3、高血圧(最大血圧が170mmHg以上または最小血圧が100mmHg以上)
もしくは低血圧(最大血圧が90mmHg以下)ですか？

はい ・ いいえ

4、半年以内に、脳出血、脳梗塞を起こしましたか？

はい ・ いいえ

5、水虫の飲み薬を服用中ですか？

はい ・ いいえ

6、重い肝臓の病気はありますか？

はい ・ いいえ

7、血液透析を行っていますか？

はい ・ いいえ

8、網膜色素変性症と診断されたことがありますか？

はい ・ いいえ

9、そのほか、現在治療中の病気はありますか？また、現在服用中の薬剤はありますか？

はい ・ いいえ

10、バイアグラ錠・レビトラ錠は、1日1回服用までで、次の服用までは、24時間以上空けることは理解しました。
(シアリス錠は次の服用までは、36時間以上空けてください。)

はい ・ いいえ