診療申込書

ふりがな			男・女
氏　　名	姓	名	
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生		歳
住　　所	〒□□□－□□□□ 市　　町		
電話番号	－　　－		

問診票

(1)　他院でED治療薬を使用したことがありますか。

はい（ バイアグラ・レビドラ・シアリス ）・ いいえ

(2)　治療している病気はありますか。飲んでいるお薬があれば記入してください。

（　　）

(3)　希望するお薬はありますか。あれば以下に記入してください。

はい（以下に数を記入ください）・ いいえ

バイアグラ（50mg）		シアリス（10mg）	
先発品	後発品	先発品	後発品
1 錠 1,500 円	1 錠 1,000 円		1 錠 1,000 円
錠	錠		錠

この他に診察料として初診時2,880円、再診時1,290円がかかります。
上記以外の薬剤をご希望の方は、処方箋を発行いたします。

(4)　お薬や食品でアレルギーはありますか。

（　　）