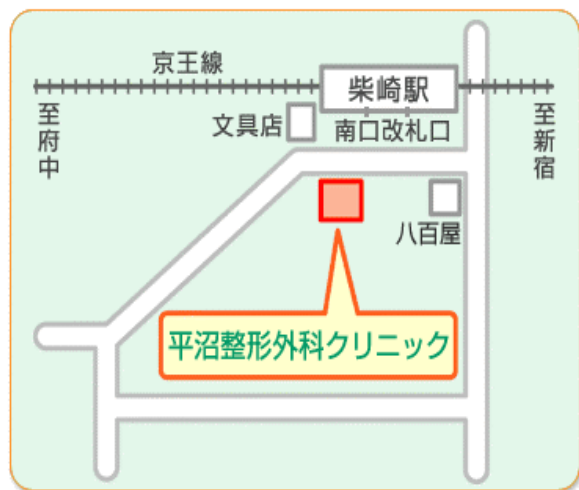


問診票 (来院の際に受付でお出してください)

No	M						診療日	平成	年	月	日	
ふりがな							住所					
氏名												
ご予約日時		月 日 時 分～										
生年月日		昭和 年 月 日 (歳)					TEL	— —				

1	ご希望のED処方はどちらですか？ (バイアグラ ・ レビトラ)										
2	現在、治療中のご病気はありますか？										
3	現在、常用している薬はありますか？ はい(薬剤名;) いいえ										
4	今までに、お薬(内服薬、外用薬)によってアレルギー(発疹、発赤、かぶれ、かゆみ等)を起こしたことはありますか？ はい いいえ										
	心臓の病気(狭心症、心筋梗塞等)を患っていらっしゃいますか？ はい いいえ										
	また、治療でお使いの薬があれば記入ください。(薬剤名;)										
	普段の血圧についてお答え下さい。 高い 低い 普通 不明										
	肝臓や腎臓のご病気を患ったことがありますか？ はい いいえ										
6	脳梗塞あるいは脳出血を起こされたことはありますか？ はい いいえ										
	当院を何でお知りになりましたか？ インターネット(Yahoo! infoseek Google MSN その他()) 知人の紹介 雑誌() 看板 その他()										
7	ご興味がある内容がございましたら教えてください。(項目に○してください。複数チェック可) ・発毛処方(プロペシア・フロンジン液) ・発毛治療(ミノキシジル) ・ニンニク・ビタミン注射 ・その他()										

太線内をご記入のうえ、ご来院時にお待ち下さい。



京王線柴崎駅南口改札前(改札口から10歩程度です)

平沼整形外科クリニック

〒182-0007

東京都調布市菊野台2-22-2 サンライズメディカルビル2F

<http://www.hiranumaseikeigeka.com/>

●診療時間：月～金 9:00～12:30 15:00～19:00
土曜日 9:00～13:00

●休診：木・日・祝日・土曜午後

Tel/Fax

042-487-8976

メール：info@hiranumaseikeigeka.com