

診療申込書(ED外来再診時)



患者番号(わかる方は記入して下さい)	
No.	
ふりがな	
名前(必須)	

《以下の質問に当てはまるものには○・☑、必要事項に記入をお願いいたします。》

【1】前回処方しましたお薬は満足度はどれくらいですか？

(満足 ・ やや満足 ・ やや不満 ・ 不満)

【2】前回の処方薬を変更されますか？

はい ⇒ ① バイアグラ25mg レビトラ10mg シアリス10mg
 バイアグラ50mg レビトラ20mg シアリス20mg
 シルデナフィル50mg

② 医師との相談を希望されますか？ はい ・ いいえ

※以前当院で使用していないお薬の場合は医師との相談をしていただきます。

いいえ ⇒ 医師との相談を希望しますか？ はい ・ いいえ

【3】前回の受診から、病気・使用している薬など変更はありませんか？

ある ・ ない

【4】【3】で“ある”と答えた方(変更したものは全て記入してください。)

新しく付いた病名 : _____

内服中止になった薬 : _____

新しく内服開始した薬 : _____

【5】何か質問等ございましたら、ご記入してください。

【6】希望するお薬・量は何ですか？希望される錠数を記入してください。

	バイアグラ(25mg)	レビトラ(10mg)	シアリス(10mg)
1～10錠	1錠1300円	1錠1500円	1錠1800円
錠数			
11錠以上	1錠1200円	1錠1400円	1錠1700円
錠数			
	バイアグラ(50mg)	レビトラ(20mg)	シアリス(20mg)
1～10錠	1錠1500円	1錠2100円	1錠2100円
錠数			
11錠以上	1錠1400円	1錠2000円	1錠2000円
錠数			
	シルデナフィル(50mg)		
1錠～	1錠1000円		
錠数			

ご記入ありがとうございます。

※ この診療申込書を受付にお出しください。

番号札をお渡しします。ご用意が出来ましたら、番号でお呼びしますので少々お待ち下さい。