

ED 問診票 1

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年	月 日
住所	〒		
電話番号	自宅		携帯
メールアドレス			
EDが気になりだした時期	年前から		
平均体温	度		
大便	( )日に( )回 便秘 硬い 普通 軟便 下痢 下痢便秘交互 その他( )		
小便	1日に( )回 排尿困難 排尿痛 残尿感 夜間尿 その他( )		
胃	①食欲：旺盛 不振 ②痛む： 空腹時 食後		
睡眠	平均( )時間：よく寝れる 寝つきが悪い 眠れない事がある 熟睡できない 睡眠時間が足りない		
不定愁訴	肩こり 腰痛 頭痛 疲れやすい 冷え ( ) その他 ( )		
運動	なし・あり( ) ( )		
鍼灸歴	( )		
漢方・サプリ	なし・あり( )		
肝炎	なし・あり		
血族関係でEDの方はいらっしゃいますか？	はい( )	いいえ	

\* 普段のお食事をお聞かせください。

朝：

昼：

夜：

間食・お茶・お酒など：

\* ED治療に関して購入した薬・サプリメント・シャンプー等

\* これまで受けられてきたED治療等ございましたら詳しくお聞かせください。

例：○年○月 ○○クリニックにて治療をうけた。

：○年○月 ○○にて、○○漢方薬を購入。

\* その他 ご質問等あればどうぞ

\* 最後によろしければアンケートにご記入ください。

当院を知ったきっかけ	HP	ブログ	紹介( )	様	その他( )
ホームページの時の検索ワード	( )				

ご記入ありがとうございました。