

[2回目以降 再診の方]

※ご記入頂いた事項は診療のみに使用致します。

E D 申 込 書

年 月 日

【以下の問診の口に✓を入れてください】

- ・ED治療薬を服用して、特に変わったことは…………… ない ある
・最近6ヶ月以内に 脳梗塞・脳出血・狭心症・
心筋梗塞を起こしたことは…………… ない ある

※お薬を服用していて、変わった事や気になる事があれば記入してください。

()

ご希望内容の口に✓を入れてください。何錠でも、複数種でも結構です。

【表示価格は全て税・処方料込です。】

- | | | | |
|---|-----|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> <u>バイアグラ(50mg)</u> | 1 錠 | 1,480 円 × | 錠 |
| <input type="checkbox"/> <u>レビトラ (10mg)</u> | 1 錠 | 1,450 円 × | 錠 |
| <input type="checkbox"/> <u>レビトラ (20mg)</u> | 1 錠 | 2,180 円 × | 錠 |
| <input type="checkbox"/> <u>シアリス (10mg)</u> | 1 錠 | 1,750 円 × | 錠 |
| <input type="checkbox"/> <u>シアリス (20mg)</u> | 1 錠 | 2,250 円 × | 錠 |

※以下のお薬は1回につき14錠まで処方可能です。
(精神安定剤、SSRIのみの処方ではありません。)

- | | | | |
|---|-----|---------|---|
| <input type="checkbox"/> <u>精神安定剤</u> | 1 錠 | 100 円 × | 錠 |
| <input type="checkbox"/> <u>SSRI</u> | 1 錠 | 950 円 × | 錠 |
| <input type="checkbox"/> <u>その他 ()</u> | | | |

フリガナ
お名前:

【本状に診察券を添えて、受付へお持ちください】

医療法人正進会 丸善ビルクリニック

【WEB】