

同意書

川原医院

院長 川原昌巳 殿

全ての内服薬や既往症についての情報を提供し、医師の指導を守り、下記事項を守り、バイアグラやレビトラなど勃起不全治療剤の処方を受けることに同意します。

1. 今までの全ての病歴、内服薬歴、入院歴などについての情報を、提供しました。
2. 心疾患(特に狭心症、心筋梗塞)の既往はありません。
3. 現在、ニトログリセリンなどの硝酸薬は使用していません。
4. パートナーも勃起不全治療剤の使用に同意しています。
5. 勃起不全治療剤の副作用についても理解しました。
6. 副作用が生じたら、使用を中止し、速やかに連絡します。
7. 勃起不全治療剤を、他の人にあげたり、販売したりしません。
8. 勃起不全治療剤は、決められた量以上の使用はしません。
9. 他の医療機関を受診する際には、勃起不全治療剤を内服していることを申し出ます。
10. 諸検査で、勃起不全治療剤の使用が困難と判断されたときは、医師の指示に従い、勃起不全治療剤は破棄します。

令和 年 月 日

氏名(必ず自署のこと): _____

性別: 男性

生年月日: 明・大・昭 年 月 日

年齢: _____ 歳

住 所: _____

この用紙を印刷していただき、来院時にお持ちください。

川原医院(名古屋市緑区鹿山3-10)