

勃起不全治療薬同意書

●勃起不全治療薬について

勃起不全治療薬（シルденаフィル・バルデナフィル・タダラフィルの3剤。以下、ED治療薬という）は、勃起不全/障害の治療のためのお薬です。

ED治療薬を内服していただくに際し、下記事項をよくお読みください。
ご理解頂けましたら各項目の□に✓を入れてご署名をお願いいたします。
ご不明な点がございましたら、お申し付けください。

1. 効果や副作用は個人差がありますのでご了承ください。
2. 次のご病気をお持ちの方はこの治療を受けられません。
- ・心疾患（狭心症、心筋梗塞等）
 - ・高血圧もしくは低血圧
 - ・重度肝機能障害
 - ・重度腎機能障害（バルデナフィルのみ）
 - ・脳血管疾患（脳梗塞・脳出血等）
 - ・網膜色素変性症
3. 併用できないお薬がありますので、現在内服しているお薬をお教えてください。
4. 副作用が生じたら、一旦使用を中止し医師に相談してください。
5. 決められた量以上の使用はしないでください。
6. 他の医療機関を受診する際は、ED治療薬を内服していることを知らせてください。

私は、上記の事項を理解した上で、
ED治療を受ける事に同意いたします。



こどもとおとなの皮膚科クリニック院長殿

担当医師名

同意日：

年

月

日

患者氏名：
