

ED 問 診 票

氏名 _____ 年齢 _____ 才

1. 過去に ED (勃起不全) の治療をしたことがありますか? ある ない

 *薬の名前が分かれば○をして量をご記入ください

 ・バイアグラ (m g) ・シアルリス (m g) ・レビトラ (m g)

【薬処方のためのチェックリスト】

1. 過去に ED 治療薬でアレルギーが出たことがありますか? ある ない

2. 狭心症や心筋梗塞などの病気がありますか? ある ない

3. 心臓血管系の治療薬 (ニトログリセリンなどの貼り薬や
舌下錠剤, スプレーなど) の使用がありますか? ある ない

4. 不整脈の治療をする薬を飲んでいますか? はい いいえ

5. 低血圧 (90以下) や高血圧がありますか? ある ない

6. 重度の肝機能障害といわれたことがありますか? ある ない

7. 過去半年以内で, 脳梗塞や脳出血, 心筋梗塞の既往がありますか? ある ない

8. 水虫を治療する飲み薬を飲んでいますか? はい いいえ

9. その他、ご質問やご心配があればご記入ください.

** 当院では患者間違いによる医療事故防止のため原則としてお名前をフルネームでお呼びしています。ご都合が悪い方は受付にお申し出ください**

ED問診票 (IIEF5)

年 月 日 氏名 _____

最近6ヶ月の、あなたの状態に近いものに○を付けてください。

1 勃起を維持する自信の程度はどれくらいありましたか？

	非常に低い	低い	普通	高い	非常に高い
	1	2	3	4	5

2 性的刺激による勃起の場合、何回挿入可能な勃起の硬さになりましたか？

性的刺激 一度もなし	ほとんど なし	半分より 下回る	半分くらい	おおかた 毎回	毎回
0	1	2	3	4	5

3 性交中、挿入後何回勃起を維持することができましたか？

性交の試み 一度もなし	ほとんど なし	半分より 下回る	半分くらい	おおかた 毎回	毎回
0	1	2	3	4	5

4 性交中に、性交を終了するまで勃起を維持するのはどれくらい困難でしたか？

性交の試み 一度もなし	ほとんど 困難	かなり 困難	困難	やや 困難	困難 ではない
0	1	2	3	4	5

5 性交を試みた時に、何回満足に性交ができましたか？

性交の試み 一度もなし	ほとんど なし	半分より 下回る	半分くらい	おおかた 毎回	毎回
0	1	2	3	4	5

合計点数 _____ 点