

ED問診票

令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------|----------|-------------|----|----|----|--|--|
| フリガナ | 生年 月日 | 大・昭・平 年 月 日 | | | | | |
| お名前 | | 身長 | cm | 体重 | kg | | |

最近6か月で当てはまるものをそれぞれ一つずつ選んで印をつけてください。

| | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------|-------------------|-------------|---------|--------------|------------------|
| 1 | 勃起してそれを維持する自信はどの程度ありましたか | | 非常に低い | 低い | 中くらい | 高い | 非常に高い |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | 性的刺激によって勃起した時、どれくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか | 性的刺激はなかった | ほとんど、又は全くならなかった | たまになった | 時々なった | しばしばなった | ほぼいつも、又はいつもなった |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | 性交の際、挿入後にどれくらいの頻度で勃起を維持できましたか | 性交を試みなかった | ほとんど、又は全く維持できなかった | たまになった維持できた | 時々維持できた | しばしばなった維持できた | ほぼいつも、又はいつも維持できた |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 性交の際、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 | 性交を試みなかった | 極めて困難であった | とても困難であった | 困難であった | やや困難であった | 困難でなかった |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 性交を試みた際、どれくらいの頻度で性交に満足できましたか | 性交を試みなかった | ほとんど、又は全く満足できなかった | たまに満足できた | 時々満足できた | しばしば満足できた | ほぼいつも、又はいつも満足できた |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 1 いつ頃から症状がありますか？ ()
- 2 きっかけはありましたか？ はい () ・ いいえ
- 3 たばこは吸いますか？ 1日 () 本、 () 年間 (現在・過去)
- 4 糖尿病と言われたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 5 心血管系の病気 (狭心症や心筋梗塞など) はありますか？ はい ・ いいえ
- 6 心臓の病気でニトログリセリンなどの硝酸剤を使用していますか？ はい (薬品名) ・ いいえ
- 7 低血圧又は高血圧と言われたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 8 肝臓が悪いと言われたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 9 脳梗塞や脳出血をおこしたことはありますか？ はい (いつ) ・ いいえ
- 10 網膜色素変性症と診断されたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 11 腎臓が悪いと言われたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 12 他に現在治療中の病気はありますか？ はい (病名) ・ いいえ
- 13 過去に大きな病気にかかったことはありますか？ はい (病名) ・ いいえ
- 14 ED治療薬を今までに内服したことはありますか？ はい (薬品名) ・ いいえ
- 15 ED治療薬の中でご希望の薬剤はありますか？ はい (バイアグラ・レビトラ・シアリス) ・ いいえ

・ ご協力ありがとうございました。これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。