

ED問診票

(11FE5)

氏名

この6ヶ月の状態について、あてはまるものをそれぞれ一つずつ選んで印をつけて下さい。

1. 勃起してそれを維持する自身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 または全く なかった	たまになった (半分よりかな り低い頻度)	時々なった (ほぼ半分程度 の頻度)	しばしばなっ た(半分よりか なり多い頻度)	ほぼいつも、 または 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、 または全く 維持できな かった	たまに 維持できた (半分よりかな り低い頻度)	時々 維持できた (ほぼ半分程度 の頻度)	しばしば 維持できた (半分よりかな り多い頻度)	ほぼいつも またはいつも 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 困難だった	とても 困難だった	困難だった	やや困難 だった	困難で なかった
	0	1	2	3	4	5
5. 性交を試みたとき、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、また は全く満足で きなかった	たまに 満足できた (半分よりかな り低い頻度)	時々 満足できた (ほぼ半分程度 の頻度)	しばしば 満足できた (半分よりかな り多い頻度)	ほぼいつも、 またはいつも 満足できた
	0	1	2	3	4	5

合計点数

点

EDチェックリスト

- | | |
|--|--|
| 1. 以前、薬によって過敏症候群(発疹、発赤、かゆみ、その他のアレルギー症状)をおこしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 心臓の病気などでニトログリセリンなどの硝酸剤(舌下錠、貼り薬、塗り薬、スプレーなどを含む)を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 心血管系の病気(狭心症、心筋梗塞など)がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 肝臓の病気がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 低血圧あるいは高血圧といわれたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. 脳梗塞あるいは脳出血をおこしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. 網膜色素変性症と診断されたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8. 陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9. 血液の病気(鎌状赤血球貧血、多発性骨髄腫、白血病など)がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10. 他の勃起障害治療(薬、器具、手術など)を行ったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11. 出血性の病気あるいは消化性潰瘍がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12. 腎臓の病気がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 13. 他に使用中の薬がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14. 他に医療機関を受診する際には、ED治療薬を服用していることを申し出るか、または何らかの方法で確実に医師に伝えるようにして下さい。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15. ED治療薬の服用後に4時間以上勃起が続く場合は、すぐ医師に連絡して下さい。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16. ED治療薬は催淫剤(性欲増進を目的とした薬)ではありません。性的刺激を受けなければ勃起しないことをご理解下さい。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 17. ED治療薬の服用後は、自動車の運転や機械の運転操作には注意して下さい。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 18. バイアグラの場合、食事中あるいは食直後の服用では効果が遅れて出ることをご理解下さい。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 19. バイアグラ、レビトラは性行為の約1時間前に服用し、全てのED治療薬は1日1回までで、次の服用は24時間以上あけて下さい。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 20. ED治療薬を他の人に譲り渡さないで下さい。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 21. 性行為は心臓に負担をかけます。無理はしないようにしましょう。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

上記項目については、私が記入しました。

令和 年 月 日

署名
