

問 診 票

来院日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
(〒 -)

ご住所 _____

電話番号 _____ ()

身長 _____ cm 体重 _____ kg (分かる範囲でご記入下さい)

1. 今日はどうされましたか？ (どのような症状ですか？)

.....
.....
.....

2. それはいつ頃からですか？

.....

3. 現在治療中の病気はありますか？ (○を付けて下さい) いいえ

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病
脳梗塞 脳出血 その他 ()

※ 現在内服中のお薬・お薬手帳を持ってきた方は受付にお出し下さい

4. 女性の方へ・・・現在妊娠またはその可能性がありますか？ はい・いいえ

5. 当クリニックを何でお知りになりましたか？ (○を付けて下さい)

- ①知人の紹介 *差し支えなければご紹介者名を教えてください () 様
- ②おもての看板・外掲示板 ③駅看板 ④他院からの紹介
- ⑤ホームページ (インターネット検索) ⑥電話帳・タウンページ ⑦町会の回覧・名簿など
- ⑧各種講演会や勉強会 ⑨パンフレット・その他 ()

ED問診票

(IIFE5)

年 月 日

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、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、薬によって過敏症状(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. 他の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 |

上記の項目については、私が記入しました。

平成 年 月 日

署名
