

# ED問診票

(診療申込書)

平成 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	明・大 年 月 日	昭・平	才
お名前 (漢字)					
ご住所	(〒 - )	連絡先	自宅 ( ) -		
			携帯 ( ) -		
		身長	cm	体重	kg

最近6ヶ月間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 1	低い 2	中くらい 3	高い 4	非常に高い 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 0	ほとんど、 または全く なかった 1	たまになった 半分より かなり低い頻度 2	時々なった ほぼ半分程 度の頻度 3	しばしばなった 半分より かなり多い頻度 4	ほぼいつも、 または いつもなった 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 0	ほとんど、 または全く 維持できなかった 1	たまに維持できた 半分より かなり低い頻度 2	時々維持できた ほぼ半分程 度の頻度 3	しばしば維持できた 半分より かなり多い頻度 4	ほぼいつも、 または いつも維持できた 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 0	極めて 困難だった 1	とても 困難だった 2	困難だった 3	やや困難 だった 4	困難で なかった 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	性的刺激は なかった 0	ほとんど、 または全く 満足できなかった 1	たまに満足できた 半分より かなり低い頻度 2	時々満足できた ほぼ半分程 度の頻度 3	しばしば満足できた 半分より かなり多い頻度 4	ほぼいつも、 または いつも満足できた 5

合計点数	点
------	---

- いつから症状がありますか？ ( )
- きっかけはありましたか？ はい・いいえ
- タバコは吸いますか？ はい・いいえ  
タバコは1日に何本、何年間吸い続けていますか？ 1日に ( ) 本・( ) 年間  
それは現在ですか、過去ですか？ 現在・( ) 年前
- 気分が落ち込むことはありますか？ はい・いいえ
- 糖尿病といわれたことはありますか？ はい・いいえ
- 心臓が悪いといわれたことはありますか？ はい・いいえ
- 血圧が高い/低いといわれたことはありますか？ はい・いいえ
- 心電図で異常を指摘されたことはありますか？ はい・いいえ
- 腎臓が悪いといわれたことはありますか？ はい・いいえ
- 肝臓が悪いといわれたことはありますか？ はい・いいえ
- 網膜色素変性症といわれたことはありますか？ はい・いいえ
- 他に現在、治療中の病気はありますか？ はい (病名: )・いいえ
- 過去に何か大きな病気にかかったことがありますか？ はい (病名: )・いいえ
- 現在、服用中の薬はありますか？ はい (薬の名前: )・いいえ
- ED治療薬を今まで服用されたことはありますか？ はい (薬の名前: )・いいえ

これらの情報は診療以外の目的に使用する事はありません。ご協力有難う御座いました。