

## ED問診票

*ご記入頂いた事項は診察のみに使用致します		〒	
フリガナ	住所		
お名前	TEL - -		
生年月日 S.H 年 月 日	身長	cm	体重 kg

最近6ヶ月で該当するところに○をつけてください。

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	全くなし または ほとんどなし	たまに (半分よりかなり 下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数)	毎回 または ほぼ毎回
	0	1	2	3	4	5
③性交中、挿入後何回勃起を維持する事ができましたか？	性交の試み 一度もなし	全くなし または ほとんどなし	たまに (半分よりかなり 下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数)	毎回 または ほぼ毎回
	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の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	困難でない
	0	1	2	3	4	5
⑤性交を試みた時に、何回満足に性交できましたか？	性交の試み 一度もなし	全くなし または ほとんどなし	たまに (半分よりかなり 下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数)	毎回 または ほぼ毎回
	0	1	2	3	4	5

合計点数 点 25点満点、21点以下でEDと診断

## 初診時間問診票

・いつ頃から勃起の調子が悪いですか	約( )年( )ヶ月前から
・陰茎の病気(屈曲・しこりなど)がありますか	はい いいえ
・現在前立腺肥大症で投薬治療を受けていますか	はい いいえ
・低血圧(最大血圧<90mmHg)ですか	はい いいえ
・高血圧(最大血圧>170mmHgまたは最小血圧>100mmHg)ですか	はい いいえ
・早朝勃起(朝立ち)がありますか	毎朝ある・時々ある(週 回数)・全くない
・喫煙の習慣がありますか	はい 1日( )本 いいえ
・心臓病の既往がありますか	はい いいえ
・最近6ヶ月以内に脳梗塞・脳出血・狭心症発作・心筋梗塞を起こしましたか	はい いいえ
・狭心症の治療で硝酸薬(内服・舌下・スプレー・テープ等全て)を使用していますか	はい いいえ
・下記の疾患がありますか(ある方は○で囲んで下さい)	はい いいえ
網膜色素変性症(進行性の色盲)・鎌状赤血球貧血・多発性骨髄腫・白血病 血が止まりにくい病気・胃十二指腸潰瘍・腎臓病・肝臓病・前立腺癌	
・日常内服、貼付、吸入、注射している、あるいは発作時に使用している薬剤はありますか	はい いいえ
「はい」とお答えの場合、いつからどんな薬剤を使用していますか	( )
・これまでに勃起障害で医療機関を受診したことがありますか	はい いいえ
・これまでにバイアグラ・レビトラ・シアリスを服用したことがありますか	はい いいえ
・当院をお知りになったきっかけは	
インターネット・電話帳・看板・紹介・通りがかり・その他	

クリニック岡田