

診療申込・問診票

初診  再診 ※再診の方は希望処方のみにご記入頂き、診察券を忘れずにお持ちください。

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 S・H 年 月 日

ご住所 〒 \_\_\_\_\_  
市・区 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

今後当院からキャンペーンなどのお得な情報をご案内してもよろしいです  希望する  希望しない  
当院を何でお知りになりましたか インターネット・看板・ご紹介・その他 ( )

IIEF（国際勃起機能スコア）によるEDセルフチェックです。最近6カ月以内で該当するところに○をつけてください。質問項目の数字が各項目の点数になっております。総合点数が21点以下の場合は、EDの疑いがあります。ただし、問診票の結果だけでEDの診断はできませんのでご相談ください。

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
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	ほとんど、又は全くならなかった 1	たまになった（半分よりかなり低い頻度） 2	時々なった（ほぼ半分の頻度） 3	しばしばなった（半分よりかなり高い頻度） 4	ほぼいつも、又はいつもなった 5
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	ほとんど、又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（ほぼ半分の頻度） 3	しばしば維持できた（半分よりかなり高い頻度） 4	ほぼいつも、又はいつも維持できた 5
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？	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
性交を試みた時、どれくらいの頻度で性交に満足できました	ほとんど、又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（ほぼ半分の頻度） 3	しばしば満足できた（半分よりかなり高い頻度） 4	ほぼいつも、又はいつも満足できた 5

合計 \_\_\_\_\_ 点

- ・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

ご希望の処方内容

シアリス (  10mg  20mg ) \_\_\_\_\_錠