

ED問診票

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

住所 電話番号

- 1、心臓などの病気で、ニトログリセリン等（舌下錠、貼り薬、塗り薬、スプレーなど）のお薬を使用していますか？ はい（ ） いいえ
- 2、狭心症や心筋梗塞を起こしたことがありますか？ はい（ ） いいえ
- 3、低血圧や高血圧と言われたことがありますか？ はい（ ） いいえ
- 4、不整脈と診断されたことがありますか？また不整脈のお薬を内服中ですか？
はい（ ） いいえ
- 5、脳梗塞や脳出血をおこしたことはありますか？ はい（ ） いいえ
- 6、肝臓や腎臓の病気はありますか？ はい（ ） 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？ はい（ ） いいえ
- 8、血液の病気はありますか？ はい（ ） いいえ
- 9、血液透析を行っていますか？ はい（ ） いいえ
- 10、排尿障害はありませんか？もしくは排尿障害の治療中ですか？
はい（ ） いいえ
- 11、陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか？ はい（ ） いいえ
- 12、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？
はい（ ） いいえ
- 13、何か、お薬を普段または時々使用されることはありますか？
はい（ ） いいえ
- 14、他の医療機関を受診される際には、ED治療薬を服用していることを確実に医師に伝えてください。
はい（ ） いいえ
- 15、服用後、異常があれば医師に連絡してください。 はい（ ） いいえ
- 16、ED治療薬服用後は、自動車の運転や機械の操作に十分注意してください。
はい（ ） いいえ
- 17、バイアグラは、食事中あるいは食直後の服用では効果が遅れて出る場合があります。
はい（ ） いいえ
- 18、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回までの服用は24時間以上あけて下さい。 はい（ ） いいえ
- 19、ED治療薬を他の人に譲り渡さないで下さい。 はい（ ） いいえ
- 20、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。
はい（ ） 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