

ED 問診票

初診の場合、1～12までの設問にお答えください。

1. 心臓の病気（狭心症、心筋梗塞、不整脈など）になったことはありますか？
（ ある ない ）
2. 心臓の病気などで、ニトログリセリンなどの硝酸薬を使用していますか？
※ 硝酸薬には、舌下錠、貼り薬、塗り薬、スプレーなどいくつかの形状があります。
（ 使用している 使用していない ）
3. 不整脈で、抗不整脈薬を服用していますか？
（ 服用している 服用していない ）
（薬剤名 _____）
4. 血圧の数値についてご回答ください。
（ 高め ほぼ正常 低め ）
5. 水虫の薬（内服薬）あるいはHIV（エイズ）治療薬を服用していますか？
（ 服用している 服用していない ）
（薬剤名 _____）
6. 脳の病気（脳梗塞、脳出血など）になったことはありますか？
（ ある ない ）
7. 網膜色素変性症（眼の病気）と診断されたことはありますか？
（ ある ない ）
8. 肝臓あるいは腎臓の病気はありますか？
（ ある ない ）
（具体的な病名 _____）
9. 陰茎の病気（陰茎屈曲、陰茎線維化など）はありますか？
（ ある ない ）
10. ED治療薬（バイアグラ、バイアグラジェネリック、レビトラ、シアリス）を服用した経験はありますか？
（ ある ない ） （服用したED治療薬 _____）
11. ED治療薬を服用した経験のある方にお聞きします。ED治療薬の効き目はいかがでしたか？
（ 効いた なんともいえない 効かなかった ）
12. 問診票への記載に偽りなく、当クリニックのED治療にご同意いただけますか？
（ はい いいえ ）

署名 _____

再診の場合、13、14の設問にのみお答えください。

13. 前回の処方薬で、副作用や気がかりな点はありましたか？
（ ある ない ）
（具体的な副作用や気がかりな点 _____）
14. 前回受診の後、（他の医療機関などから）新たに服用を開始した薬はありますか？
（ ある ない ）
（薬剤名 _____）