

フリガナ 名前		生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
住所	〒 -	年齢	歳	性別	男・女
		電話番号			
		携帯番号			

- ① いつ頃から勃起の調子が悪いですか
 3か月以内 6か月以内 1年以内 1年以上前から

- ② 早朝の勃起はありますか
 いいえ たまにある はい

- ③ 最近6か月で、勃起を維持する自信はありますか
 1.非常に低い 2.低い 3.普通 4.高い 5.非常に高い

- ④ 最近6か月で、性的刺激による勃起の場合、どのくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか
 0.性的刺激一度もなし
 1.全くなし、またはほとんどなし
 2.たまに(半分より下回る回数)
 3.時々(半分くらい)
 4.おおかた毎回(半分よりかなり上回る)
 5.毎回またはほぼ毎回

- ⑤ 最近6か月で、性交中、挿入後どのくらいの頻度で勃起を維持することができましたか
 0.性交の試み一度もなし
 1.全くなし、またはほとんどなし
 2.たまに(半分より下回る回数)
 3.時々(半分くらい)
 4.おおかた毎回(半分よりかなり上回る)
 5.毎回またはほぼ毎回

- ⑥ 最近6か月で、性交中に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
 0.性交の試み一度もなし
 1.ほとんど困難
 2.かなり困難
 3.困難
 4.やや困難
 5.困難ではない

裏面もお願いします→

- ⑦ 最近6か月で、性交を試みた時に、毎回満足に性交ができましたか
 0.性交の試み一度もなし
 1.全くなし、またはほとんどなし
 2.たまに(半分より下回る回数)
 3.時々(半分くらい)
 4.おおかた毎回(半分よりかなり上回る)
 5.毎回またはほぼ毎回
- ⑧ これまでに勃起障害の薬を飲んだことがありますか
 いいえ はい(薬名:)
- ⑨ 陰茎の病気(屈曲・しこりなど)がありますか
 いいえ はい
- ⑩ 現在治療中、今までにかかったことのある病気はありますか
 なし 高血圧 糖尿病 不整脈 肝臓病 腎臓病
 心臓病(狭心症・心筋梗塞など) 脳血管障害(脳梗塞・脳出血など)
 網膜色素変性症 血液疾患(鎌状赤血球貧血・多発性骨髄腫・白血病など)
 出血性疾患 消化性潰瘍 その他()
- ⑪ これまでに肝臓が悪いと言われたことがありますか
 いいえ はい
- ⑫ これまでに腎臓が悪いと言われたことがありますか
 いいえ はい
- ⑬ 心臓の病気などでニトログリセリンなどの硝酸剤(舌下錠・貼り薬・塗り薬・スプレーなどを含む)を使用していますか
 いいえ はい
- ⑭ 現在、お薬を服用していますか
お薬の名前を記入していただくか、お薬手帳をお持ちの方はご提示ください
 いいえ はい(薬名:)
- ⑮ 薬や注射、食事で蕁麻疹やアレルギー症状が出たことがありますか
 いいえ はい(原因: 症状:)
- ⑯ 定期検査などで年に1回以上、血液検査を受けていますか
 いいえ はい