

# ED問診票

(IIEF5)

年 月 日

氏名

カルテ番号

最近6カ月で、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 0	全くなし 又は ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) 4	毎回 又は ほぼ毎回 5
3. 性交中、挿入後何回勃起を維持することができましたか？	性交の試み一度もなし 0	全くなし 又は ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) 4	毎回 又は ほぼ毎回 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れくらい困難でしたか？	性交の試み一度もなし 0	ほとんど困難 1	かなり困難 2	困難 3	やや困難 4	困難でない 5
5. 性交を試みた時に、何回満足に性交ができましたか？	性交の試み一度もなし 0	全くなし 又は ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) 4	毎回 又は ほぼ毎回 5

IMPOTENCE,13(1),35,1998より抜粋

合計点数

点

# EDチェックリスト

- 
- |   |  |
|---|--|
| 1. 以前、薬によって過敏症状(発疹、発赤、かゆみ、その他のアレルギー症状)をおこしたことがありますか?                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 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?                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 心血管系の病気(狭心症、心筋梗塞など)がありますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 肝臓の病気がありますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 低血圧あるいは高血圧といわれたことがありますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. 脳梗塞あるいは脳出血をおこしたことがありますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8. 陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか?   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9. 血液の病気(鎌状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病など)がありますか?  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10. 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?  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11. 出血性の病気あるいは消化性潰瘍がありますか?  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12. 腎臓の病気がありますか?  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 13. 他に使用中の薬がありますか?  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14. 他の診療科あるいは他の医療機関を受診する際には、バイアグラを服用していることを申し出るか、または何らかの方法で確実に医師に伝えるようにして下さい。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15. バイアグラの服用後に4時間以上勃起が続く場合は、すぐに医師に連絡して下さい。                                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16. バイアグラは催淫剤(性欲増進を目的とした薬)ではありません。性的刺激を受けなければ勃起しません。ご理解いただけましたか?              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 17. バイアグラの服用後は、自動車や機械の運転操作には注意して下さい。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 18. 食事中あるいは食直後の服用では、バイアグラの効果が遅れて出ることがあります。ご理解いただけましたか?                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 19. バイアグラは性行為の約1時間前に服用し、1日1回までで、次の服用は24時間以上あけて下さい。                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 20. バイアグラを他の人に譲り渡さないで下さい。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 21. 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。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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

---