

ED 問診票

記入日 年 月 日

氏名 _____ 様

次の質問にお答え下さい

- 1) いつ頃から勃起の調子が悪いですか？ 約 年 ヶ月前から
- 2) 特別なきっかけはありますか？ ある ない
-
- 3) 早朝の勃起はありますか？ ある ない
- 4) 射精は可能ですか？ はい いいえ
- 5) 陰茎の病気(屈曲、しこり)はありませんか？ ある ない
- 6) タバコを吸いますか？ はい いいえ
- 吸う方は、1日何本吸いますか？ _____本
- 7) 最近、憂鬱な気分、やる気がない、意欲の低下などありませんか？ ある ない
- 8) 高血圧や低血圧はありませんか？ ある ない
- (最大血圧が170mmHg以上もしくは100mmHg以下)
- 9) 心血管系の病気(狭心症・心筋梗塞など)はありますか？ ある ない
- 10) 先天性の不整脈(QT延長症候群)と診断された事がありますか？ ある ない
- 11) 不整脈の薬を飲んでいませんか？ ある ない
- 12) 前立腺肥大症の薬を飲んでいませんか？ ある ない
- 13) 肝臓が悪いと言われた事はありませんか？ ある ない
- 14) 腎臓が悪いと言われた事はありませんか？ ある ない
- 15) 水虫の飲み薬を飲んでいますか？ はい いいえ
- 16) 脳梗塞あるいは脳出血を起こした事がありますか？ ある ない
- 17) 網膜色素変性症を診断された事がありますか？ ある ない
- 18) これまでに以下の薬を飲んだ事があれば、○で囲って下さい。

バイアグラ ・ レビトラ ・ シアリス

*バイアグラ・レビトラ・シアリスをご希望で来院された方は自費診療となります。

EDの原因を詳しく調べたい方は、検尿を行い保険診療となります。

保険診療にてバイアグラが適していると判断した場合は、その時点から自費診療となります。

自費診療希望 保険診療希望

ED 問診票 (IIEF5)

あなたの最近6カ月間の状態について該当するものに○を付けて下さい。

1) 勃起を維持する自信の程度はどのくらいありましたか？

1. 非常に低い
2. 低い
3. 普通
4. 高い
5. 非常に高い

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？

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(半分よりかなり下回る回数)
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

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？

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(半分よりかなり下回る回数)
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

4) 性交中に、性交を終了するまで勃起を維持するのはどの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. 困難でない

5) 性交を試みた時に、何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(半分よりかなり下回る回数)
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

IIEF 合計 _____ 点

25~22	正常
21~17	軽症
16~12	中等-軽症
11~ 8	中等症
7~ 5	重症

総合点数が21以下の場合、EDの疑いがありますが、問診票の結果だけで、EDの診断はできません。気になる場合は一度医療機関へ相談されることをお勧め致します。