やまさきファミリークリニックED初診問診票

年　　月　　日

ふりがな お名前　　（男・女）	生年月日 大・昭・平　　年　　月　　日
〒 住所	身長　　cm 体重　　kg
電話 自宅　　（　　）	日中の連絡先　　（　　）

最近6ヶ月のことを伺います					
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	1	性交中、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？	ほとんど困難	1
	低い	2		かなり困難	2
	普通	3		困難	3
	高い	4		やや困難	4
	非常に高い	5		困難でない	5
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？	全くなし、またほとんどなし	1	性交を試みた時、何回満足に性交が出来ましたか？	全くなし、またほとんどなし	1
	たまに	2		たまに	2
	時々（半分くらい）	3		時々（半分くらい）	3
	おおかた毎回	4		おおかた毎回	4
	毎回またはほぼ毎回	5		毎回またはほぼ毎回	5
性交中、挿入後何回勃起を維持することが出来ましたか？	全くなし、またほとんどなし	1	重症度分類 重症 中等症 軽症～中等症 軽症 EDなし	合計点 5-7点 8-11点 12-16点 17-21点 22-25点	
	たまに	2			
	時々（半分くらい）	3			
	おおかた毎回	4			
	毎回またはほぼ毎回	5			

いつから症状が始まりましたか？（　　）	何かきっかけがありましたか？　はい　　いいえ
タバコは吸いますか？　はい　　いいえ 1日（　　）本を（　　）年	薬にアレルギーはありますか？ はい（薬名　　）　いいえ
気分が落ち込むことがありますか？ はい　　いいえ	糖尿病と言われたことがありますか？ はい　　いいえ
心臓が悪いと言われたことがありますか？ はい　　いいえ	血圧が高い/低いと言われたことがありますか？ はい　　いいえ
心電図に異常があると言われたことはありますか？ はい　　いいえ	腎臓が悪いと言われたことがありますか？ はい　　いいえ
他に治療中の病気はありあすか？ はい（　　）　いいえ	現在服用中の薬はありますか？ はい（薬名　　）　いいえ
ED治療薬をこれまで使ったことはありますか？ はい（薬名　　）　いいえ	ご希望の薬はどれですか？ バイアグラ　シアリス　シルデナフィルOD

サイン

ありがとうございました　　やまさきファミリークリニック