

E D 問 診 票 (IIEF5 他)

※ご記入頂いた事項は診療のみに使用いたします。

平成 年 月 日

フリガナ

お名前

身長

cm

体重

kg

最近6ヶ月で、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 1	低い 2	普通 3	高い 4	非常に高い 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 または 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 または ほとんども 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 または 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 または ほとんども 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 または 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 または ほとんども 5

日本性機能学会用語委員会：IMPOTNCE,13(1),35:1998[L19901112007]

合計点数 点

(IIEF5 の得点は25点満点で、21点以下をEDとみなします。)

初 診 時 間 診 票

- ・いつ頃から勃起の調子が悪いですか 約()年()ヶ月前から
- ・陰茎の病気(屈曲・しこりなど)ありますか はい いいえ
- ・現在前立腺肥大症で投薬治療を受けていますか はい いいえ
- ・低血圧(最大血圧<90mmHg)ですか はい いいえ
- ・高血圧(最大血圧>170mmHg または 最小血圧>100mmHg)ですか はい いいえ
- ・早朝勃起(朝立ち)がありますか 毎朝ある・時々ある(週 回数)・全くない
- ・喫煙の習慣がありますか はい 一日()本 いいえ
- ・心臓病の既往がありますか はい いいえ
- ・最近6ヶ月以内に脳梗塞・脳出血・狭心症発作・心筋梗塞をおこしましたか はい いいえ
- ・狭心症の治療で硝酸薬(内服・舌下・スプレー・テープ・軟膏等全て)を使用していますか はい いいえ
- ・下記の疾患がありますか(ある方は○で困ってください)
網膜色素変性症(進行性の色盲)・鎌状赤血球貧血・多発性骨髄腫・白血病
血がとまりにくい病気・胃・十二指腸潰瘍・腎臓の病気・肝臓の病気・前立腺癌
- ・日常内服、貼付、吸入、注射している、又は発作時に使用している薬剤はありますか はい いいえ
- 「はい」とお答えの場合、いつからどんな薬剤を使用していますか はい いいえ
- ・これまでに勃起障害で医療機関を受診したことがありますか はい いいえ
- ・これまでにバイアグラ・レビトラ・シアリスを服用したことがありますか はい いいえ
- ・当クリニックを何でお知りになりましたか
インターネット【Yahoo・Google・その他()】 検索キーワード【 】
電話帳・看板・その他()
- ・AGA(男性型脱毛症)の治療を同時に希望されますか はい いいえ
- 「はい」の方は併せてAGAの問診票へもご記入をお願いします。

質問は以上です、ご協力ありがとうございます。
たちかわファミリークリニック

ID: () 受診希望日 年 月 日

診 察 申 込

名 前	ふりがな	生 年 月 日
		明治 大正 昭和 平成 年 月 日
住 所 〒	—	電話番号 (自宅 または 携帯)

当クリニックを何でお知りになりましたか？ 該当するものに○をつけて下さい
家族・知人からのご紹介 → どなたですか？ ()
通りがかりで知っていた
インターネット → Yahoo! Googleなどの検索エンジンから直接 当クリニックを知った
インターネット → 専門サイトで検索して 当クリニックを知った
EDネットクリニック. com
ED-info.net
EDケア サポート
その他 ()

診察の流れ

1. 来院されたら、受付カウンターまでお進みください。
2. 受付カウンターに『EDマーク』が貼ってあります。
『EDマーク』を指差して、「今日はこれで」と伝えて下さい。
もちろん、口頭で伝えていただいても結構です。
3. 診察申込書・問診票をご記入ください。
ホームページから申込書・問診票をダウンロードされた場合は、
あらかじめご記入してご持参下さい。
4. できるだけ速やかに診察室にお通しします。
ただし、急患や重症患者さんがいらっしゃる場合は、
お待たせすることがありますのでご了承ください。
5. 診察は医師のみで行い、看護師などは同席しません。
問診票の確認の後、診察・血圧測定を行います。
40歳以上の方は心電図検査を実施させていただきます。
6. 治療薬に関する諸情報を提供致します。
7. その場で医師が直接、治療薬をお渡し致します。
(調剤薬局へ行かれる手間はなく、プライバシーも守られます)

ご希望のおクスリは？

ご希望の内容の□にチェックマーク✓を入れてください。

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------|----|-------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | バイアグラ (50mg) | 1錠 | 1500円 | × | 錠 |
| <input type="checkbox"/> | シアリス (20mg) | 1錠 | 1700円 | × | 錠 |
| <input type="checkbox"/> | レビトラ (20mg) | 1錠 | 2000円 | × | 錠 |

ご記入、ありがとうございました。
内容は、診療にのみ使用いたします。

たちかわファミリークリニック