

年 月 日

問 診 表

※EDについての問診

診察の前に御協力下さい。

ふりがな
お名前
住所
電話番号
※携帯電話
生年月日

体温 ℃
身長 cm
体重 kg
血圧 / mmHg
脈拍 ()

次の質問に○でチェックをしてください。

- いつ頃から勃起の調子が悪いですか？ ()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
- 低血圧ですか？ (最大血圧<90mmHg) はい ・ いいえ
- 高血圧ですか？ (最大血圧>170mmHg または 最小血圧>100mmHg) 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・全くない
- 喫煙の習慣がありますか？ はい ・ いいえ
- 心臓病(狭心症や心筋梗塞など)の既往歴はありますか？ はい ・ いいえ
- 狭心症の治療で硝酸剤(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
- 脳梗塞や脳出血をおこしたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 腎臓や肝臓の病気はありますか？ はい ・ いいえ
- 網膜色素変性症と診断されたことはありますか？ はい ・ いいえ
- 血液の病気(鎌状赤血球貧血、多発性骨髄腫、白血病等)はありますか？ はい ・ いいえ
- 現在通院中の疾患はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は病名を教えてください。

- 現在内服中、使用中の薬剤はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は薬剤名を教えてください。もしくはお薬手帳を提示してください。

- 今まで、薬によるアレルギーをおこしたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は薬剤名を教えてください。

- これまでに勃起障害で医療機関を受診したことはありますか？ はい ・ いいえ

- これまでに勃起障害の薬剤を服用したことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は薬剤名を教えてください。