

|                 |    |       |
|-----------------|----|-------|
| 年      月      日 | 氏名 | カルテ番号 |
|-----------------|----|-------|

ED 問診票

最近 6ヶ月の状態について当てはまる数字をそれぞれ一つずつ選んで○をつけて下さい。

|                                       |           |                   |                       |                  |                        |                  |
|---------------------------------------|-----------|-------------------|-----------------------|------------------|------------------------|------------------|
| 勃起してそれを維持する自信はどの程度ありましたか              |           | 非常に低い             | 低い                    | 中くらい             | 高い                     | 非常に高い            |
|                                       |           | 1                 | 2                     | 3                | 4                      | 5                |
| 性的刺激によって勃起した時、どれくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか | 性的刺激はなかった | ほとんど、又は全くならなかった   | たまになった(半分よりかなり低い頻度)   | 時々なった(ほぼ半分の頻度)   | しばしばなった(半分よりかなり高い頻度)   | ほぼいつも、又はいつもなった   |
|                                       | 0         | 1                 | 2                     | 3                | 4                      | 5                |
| 性交の際、挿入後にどれくらいの頻度で勃起を維持できましたか         | 性交を試みなかった | ほとんど、又は全く維持できなかった | たまに維持できた(半分よりかなり低い頻度) | 時々維持できた(ほぼ半分の頻度) | しばしば維持できた(半分よりかなり高い頻度) | ほぼいつも、又はいつも維持できた |
|                                       | 0         | 1                 | 2                     | 3                | 4                      | 5                |
| 性交の際、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    | 性交を試みなかった | 極めて困難だった          | とても困難だった              | 困難だった            | やや困難だった                | 困難でなかった          |
|                                       | 0         | 1                 | 2                     | 3                | 4                      | 5                |
| 性交を試みた時、どれくらいの頻度で性交に満足できましたか          | 性交を試みなかった | ほとんど、又は全く満足できなかった | たまに満足できた(半分よりかなり低い頻度) | 時々満足できた(ほぼ半分の頻度) | しばしば満足できた(半分よりかなり高い頻度) | ほぼいつも、又はいつも満足できた |
|                                       | 0         | 1                 | 2                     | 3                | 4                      | 5                |

木元康介ほか：日本性機能学会雑誌 24(3)：295-308,2009[L20100303191] より改変

|      |   |
|------|---|
| 合計点数 | 点 |
|------|---|

以下の質問に正確にお答え下さい。

|                                                         |                          |                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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？ | はい                       | いいえ                      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 不整脈の薬を使用していますか？                                         | はい                       | いいえ                      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 肺高血圧症の薬を使用していますか？                                       | はい                       | いいえ                      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 他に使用中の薬がありますか？                                          | はい                       | いいえ                      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 今までに、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？     | はい                       | いいえ                      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 心臓が悪い(狭心症、心筋梗塞など)といわれたことはありますか？                         | はい                       | いいえ                      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 肝臓が悪いといわれたことはありますか？                                     | はい                       | いいえ                      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 低血圧・高血圧といわれたことはありますか？                                   | はい                       | いいえ                      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                     |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 脳梗塞・脳出血をおこしたことがありますか？               | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 網膜色素変性症(進行性の夜盲、視野狭窄)と診断されたことがありますか？ | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 腎臓が悪いといわれたことはありますか？                 | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか？              | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 血液の病気(多発性骨髄腫、白血病、鎌状赤血球性貧血など)がありますか？ | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 出血性の病気あるいは消化性潰瘍がありますか？              | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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？    | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 過去に視力喪失の経験はありますか？                   | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 他に現在治療中の病気はありますか？                   | はい                       | いいえ                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |