

平成	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"/>