

EDに関する問診票

記入日：西暦_____年___月___日

氏名_____

最近6か月で該当するところに○をつけてください。

		0	1	2	3	4	5
1	勃起を維持する自信はどの程度ありますか？		非常に低い	低い	中くらい	高い	非常に高い
2	勃起したときに挿入可能な頻度はどれくらいですか？	性的刺激はなかった	殆どなかった	たまに（半分以下）	時々（ほぼ半分）	しばしば（半分以上）	ほぼいつも
3	挿入後、どれくらいの頻度で勃起の維持ができましたか？	性交を試みなかった	殆ど維持できず	たまに（半分以下）	時々（ほぼ半分）	しばしば（半分以上）	ほぼいつも
4	性交の終了までに勃起の維持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	とても困難	困難	やや困難	困難でない
5	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	殆ど満足できず	たまに（半分以下）	時々（ほぼ半分）	しばしば（半分以上）	ほぼいつも

合計点数_____点

勃起障害（ED）の治療は自費診療になることをご存知ですか？	はい	いいえ
いつからEDと思うようになりましたか？	（ ）頃から	
EDになったきっかけはありますか？	はい	いいえ
朝立ちはしますか？	はい	
射精は可能ですか？	はい	いいえ
身長と体重を記入して下さい。	身長_____cm	体重_____kg
タバコは吸いますか？	はい（1日___本、___年間）	いいえ
お酒は飲みますか？	はい（一日量_____）	いいえ
憂うつな気分になることがありますか？	はい	いいえ
心臓の疾患はありますか？	はい	いいえ
高血圧症はありますか？	はい	いいえ
糖尿病はありますか？	はい	いいえ
肝臓の疾患はありますか？	はい	いいえ
腎臓の疾患はありますか？	はい	いいえ
精神科や心療内科で治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ
現在治療中の病気はありますか？	はい（病名_____）	いいえ
過去に病気になったことはありますか？	はい（病名_____）	いいえ
現在服薬中の薬はありますか？	はい（薬の名前_____）	いいえ