

E D 治療に関する問診票

記入年月日 令和 年 月 日

フリガナ		既婚 ・ 未婚	生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日 (才)
お名前				
ご住所	〒 -			
連絡先	- -	携帯電話	- -	

下記の質問にお答え下さい

1	以前、薬を飲んで過敏症状（発疹・発赤・かゆみ・その他アレルギー症状）を起こしたことがありますか？	はい ・ いいえ
2	1で はいの方、薬品名をお書き下さい _____	
3	現在使用中の薬はありますか？	はい ・ いいえ
4	3で はいの方、薬品名をお書き下さい _____	
5	心臓の病気（狭心症・心筋梗塞など）や肺高血圧症がありますか？	はい ・ いいえ
6	心臓の病気などで、ニトログリセリンなどの亜硝酸剤、肺高血圧症で使用していますか？	はい ・ いいえ
7	先天性の不整脈（QT延長症候群）と診断されたことがありますか？	はい ・ いいえ
8	プロカインアミド、アプリンジン、ソタノールなどの抗不整脈剤を使用中ですか？	はい ・ いいえ
9	脳梗塞、脳出血、心筋梗塞を起こしたことがありますか？	はい ・ いいえ
10	肝臓の病気はありますか？	はい ・ いいえ
11	低血圧(90/50mmHg以下)あるいは 高血圧(140/90mmHg以上)と言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
12	網膜色素変性症と診断されたことがありますか？	はい ・ いいえ
13	抗真菌薬(水虫の薬)のイトラコナゾールやテルビナフィンを使用中ですか？	はい ・ いいえ
14	プラジソン、タムスロシンなどのα遮断薬（排尿障害の薬・降圧剤の一種）を使用中ですか？	はい ・ いいえ
15	血液透析を行っていますか？	はい ・ いいえ
16	HIV治療薬のドンテグラビルやダルナビルなどを服用中ですか？	はい ・ いいえ
17	血液の病気（多発性骨髄腫・白血病・悪性リンパ腫など）がありますか？	はい ・ いいえ
18	出血性のある病気(血友病・血小板減少症・出血性胃潰瘍など)がありますか？	はい ・ いいえ
19	陰茎の病気（屈曲・しこりなど）がありますか？	はい ・ いいえ
20	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