

問診票

年 月 日	氏名	カルテ番号
-------	----	-------

最近6ヶ月で、該当するところに○をつけてください。

1) 勃起を維持する自信の程度はどれくらいありましたか？

- 【1】非常に低い 【2】低い 【3】普通 【4】高い 【5】非常に高い

2) 性的刺激による勃起の場合、何回挿入可能な勃起の硬さになりましたか？

- 【0】性的刺激一度もなし 【1】全くなし又はほとんどなし 【2】たまに（半分よりかなり下回る回数）
 【3】時々（半々くらい）
 【4】おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） 【5】毎回又はほぼ毎回

3) 性交後、挿入後何回勃起を維持することができましたか？

- 【0】性交の試み一度もなし 【1】全くなし又はほとんどなし 【2】たまに（半分よりかなり下回る回数） 【3】時々（半々くらい）
 【4】おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） 【5】毎回又はほぼ毎回

4) 性交中に、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？

- 【0】性交の試み一度もなし 【1】ほとんど困難 【2】かなり困難 【3】困難 【4】やや困難 【5】困難でない

5) 性交を試みた時に、何回満足に性交ができましたか？

- 【0】性交の試み一度もなし 【1】全くなし又はほとんどなし 【2】たまに（半分よりかなり下回る回数） 【3】時々（半々くらい）
 【4】おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） 【5】毎回又はほぼ毎回

次に以下の質問にお答えください。

勃起障害治療には保険が利かないことをご存じですか	はい	いいえ
いつから勃起の調子が悪いですか	()
特別なきっかけがありますか	はい	いいえ
早朝の勃起はありますか	はい	いいえ
射精は可能ですか	はい	いいえ
身長・体重をおしえてください	身長 (cm) 体重 (
タバコは一日に何本吸いますか (過去にタバコを吸っていた方もお答えください)	(本)
タバコは何年間吸い続けていますか (過去にタバコを吸っていた方もお答えください)	(年)
最近、憂うつな気分、考えがまとまらない、意欲が低下していると思うようなことはありますか	はい	いいえ
心臓が悪いと言われたことはありますか	はい	いいえ
高血圧と言われたことはありますか	はい	いいえ
糖尿病と言われたことはありますか	はい	いいえ
肝臓が悪いと言われたことはありますか	はい	いいえ
腎臓が悪いと言われたことはありますか	はい	いいえ
精神科の病気で治療されたことはありますか	はい	いいえ
他に治療中の病気はありますか	はい	いいえ
はいの場合は病名をおしえてください	()
過去に入院するような病気にかかられたことはありますか	はい	いいえ
はいの場合は病名をおしえてください	()
現在服用中の薬はありますか	はい	いいえ

実薬もしくは薬局からのお薬の資料を持参されている方は受付へお出しください。薬名を確認します。

シアリスをご使用するにあたり

記入日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 様 生年月日：M T S H 年 月 日

住所 年齢 歳

電話番号 ()

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

● 以下の項目をお読み頂、□に✓印をおつけください。

1. シアリスは催淫剤（性欲増進を目的とした薬）ではありません。
性的刺激を受けなければ勃起しません。ご理解いただけましたか？ はい

2. シアリスは性行為の約1時間前に服用し、1日1回までで、
次の服用は24時間以上あけてください。 はい

3. シアリスの服用後に4時間以上勃起が続く場合は、
すぐに医師に連絡してください。 はい

4. シアリスを他の人に譲り渡さないでください はい

5. 性行為は心臓に負担をかけます。無理はしないようにしましょう。 はい

道玄坂しもやまクリニック 院長