

(記載日) 平成 年 月 日

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日 年 齢 歳

〒

住 所

連絡先 (☎ 携帯電話)

☎ 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	普通	高い	非常に高い
	1	2	3	4	5

2、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

3、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

4、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

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

あなたの合計点	正常	軽度	中等・軽度	中等度	重度
点	【22~25】	【21~17】	【12~16】	【8~11】	【1~7】

☎ チェックリスト 該当するところに ☑ をつけてください。

はい いいえ

- 以前、薬によって過敏症(発疹・発赤・かゆみ・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
- 心臓がわるいと言われたことはありますか はい いいえ
- 低血圧・高血圧と言われたことはありますか はい いいえ
- 肝臓の病気はありますか はい いいえ
- 脳梗塞・脳出血をおこしたことがありますか はい いいえ
- 網膜色素変性症と言われたことはありますか はい いいえ
- 陰茎の病気(屈曲・しこりなど)がありますか はい いいえ
- 血液の病気(鎌状赤血球性貧血・多発性骨髄腫・白血病など)がありますか はい いいえ
- 他のED治療(薬・器具・手術)を行ったことはありますか はい いいえ
- 現在、服用中の薬はありますか はい いいえ

はいの方(病名:

薬:

)