

# 問診票

よく読んで正確に記入して下さい。わからない所はそのままで結構です。

## 病 歴

1. 今までに次のような病気にかかったことがありましたら○をつけて下さい  
腎臓病、心臓病、肝臓病、糖尿病、ぜん息、黄だん、血液病、高血圧、胃腸病、  
リウマチ、結核、アレルギー疾患、虫垂炎、歯の病気、その他の重い病気や  
ケガ（病名： \_\_\_\_\_）
2. 現在その病気は治っていますか。治っていない場合はその病名を書いて下さい。  
（ \_\_\_\_\_ ）
3. その治療をしていますか。（いる 、 いない）
4. 今どんな薬をのんでいますか。（薬名： \_\_\_\_\_）
5. 鎮痛剤、麻酔薬、覚醒剤、睡眠薬、精神安定剤などの使用経験はありますか。  
（ある 、 ない）
6. 現在こんな症状がありましたら○をつけて下さい。  
発熱、鼻汗、せき、たん、のどの痛み、下痢、便秘、はき気、息ぎれ、動悸、  
食欲不振、不眠、その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 体 質

1. 異状体質といわれたことがありますか。（ある 、 ない）
2. ケガ、手術で血が止まりにくかったことがありますか。（ある 、 ない）
3. カブレ（ひふ炎、湿疹、じんま疹など）の経験はありますか。（ある 、 ない）
4. 薬や飲食物のアレルギーはありますか。（ある 、 ない）
5. ケロイド体質がありますか。（ある 、 ない）
6. 今までに何か手術をうけたことがありますか。（ある 、 ない）
7. 麻酔の経験がありますか。（ある 、 ない）
8. 麻酔で異状がありましたか。（あった 、 ない）
9. 手術中に異状がありましたか。（あった 、 ない）

## 家族歴

1. あなたの肉親に大病した人がいますか。（いる 、 いない）
2. 麻酔や手術で異状のあった人はいますか。（いる 、 いない）

## 女性の場合

1. 今生理中ですか。（はい 、 いいえ）
2. 今妊娠中ですか。（はい 、 いいえ）
3. お産の経験はありますか。（ある 、 ない）
4. 異状産、自然流産、死産の経験はありますか。（ある 、 ない）
5. 妊娠中絶の経験はありますか。（ある 、 ない）
6. ピルやホルモン剤をのんでいますか。（いる 、 いない）

以上をよく確かめてまちがいなければサイン・捺印して下さい。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ （ 才 ） 男・女

# E D 問 診 票

(IIEF5)

年 月 日

氏名

カルテ番号

最近6カ月で、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？		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？	性的刺激 一度もなし	全くなし 又は ほとんどなし	たまに (半分よりかなり下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数)	毎回 又は ほぼ毎回
	0	1	2	3	4	5
3. 性交中、挿入後何回勃起を維持することができましたか？	性交の試み 一度もなし	全くなし 又は ほとんどなし	たまに (半分よりかなり下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数)	毎回 又は ほぼ毎回
	0	1	2	3	4	5
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？	性交の試み 一度もなし	ほとんど困難	かなり困難	困難	やや困難	困難でない
	0	1	2	3	4	5
5. 性交を試みた時に、何回満足に性交ができましたか？	性交の試み 一度もなし	全くなし 又は ほとんどなし	たまに (半分よりかなり下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数)	毎回 又は ほぼ毎回
	0	1	2	3	4	5

IMPOTENCE, 13(1), 35, 1998より抜粋

合計点数 \_\_\_\_\_ 点