

男性外来問診票 ②

記入日 H 年 月 日 氏名

歳

基礎疾患 ( なし ・ あり : 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳血管障害 ・ 脂質異常 ・ 不眠症 ・ 他 )

内服薬 ( なし ・ あり : 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳血管障害 ・ 脂質異常 ・ 不眠症 ・ 他 )

生活習慣 喫煙 ( なし ・ 1日 本 ) 、 飲酒 ( なし ・ を 杯 ・ 本 ・ 合 ・ ml 週 に 日 ) 、 睡眠 ( 時間 )

IIEFスコア

症状		症状の程度					
		0	1	2	3	4	5
1	勃起した際、それを維持をする自信はどれくらいありましたか？		非常に弱い	低い	中くらい	高い	非常に高い
2	性的な刺激を受けた場合、挿入が可能な硬さになる頻度は？	性的刺激なし	ほとんど不可能	たまに	半分くらい	しばしば	ほぼ毎回
3	挿入時の勃起はどの程度維持できますか？	性行試みてない	ほとんど不可能	たまに	半分くらい	しばしば	ほぼ毎回
4	性行為が終わるまで勃起の維持は困難ですか？	性行試みてない	きわめて困難	とても困難	困難	やや困難	困難ではない
5	性行為の満足度に頻度はどれくらいですか？	性行試みてない	ほとんど満足できない	たまに	半分程度	しばしば	ほぼいつも
22-25点 EDなし 17-21点 軽度ED 12-16点 軽度ないし中等度ED 8-11点 中等度 5-7点 重症ED 1-4点ED疑い							

※ この問診票にご記入の上、問診票と書いた封筒に入れて、受付でお渡してください。

窓口では症状のご確認は致しません。事前にご記入していただきますと、診察の際の問診も短くて済みます。

※ 診察の際、看護師の同席を希望 ( しない ・ どちらでもよい ) 。どちらかに○をお付けください。