

記入されてから受診してください

現在、他の医院病院にかかっていますか。 はい いいえ

現在服用中の薬または、常用薬がありますか。 はい いいえ

今まで次のような病気だったり、その病気の治療薬をのんでいませんか。

ある（心臓病 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 肝臓病） ない

過去に薬や注射でアレルギー（じんましんがでたり、気分がわるくなったり）がでたことがありますか。

はい（原因： ） いいえ

最近6ヶ月以内に、勃起を維持する自身の程度はどの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

最近6ヶ月以内に、性的刺激により挿入する自身の程度はどのくらいありましたか。

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）
時々（半分くらい） おおかた毎回（半分より上回る） 毎回又はほぼ毎日

最近6ヶ月以内に、性交中、勃起をいじ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）
時々（半分くらい） おおかた毎回（半分よりかな上回る） 毎回又はほぼ毎日

最近6ヶ月以内に、性交中に、性交を終了するまで勃起を維持するのは、どの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

最近6ヶ月以内に、性交を試みたとき、毎回満身に成功ができましたか。

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）
時々（半分くらい） おおかた毎回（半分よりかな上回る） 毎回又はほぼ毎日

他人にクスリを譲渡しませんか。 はい いいえ

上記の質問に正しくこたえましたか。 はい いいえ

勃起不全を改善する薬（ED治療薬）の処方を希望されますか。 はい いいえ

「はい」の方は右の欄にお名前をご署名ください

お名前：

記入年月日：

年

月

日