

初診の方

# ED申込書 (初診料無料) [ 5~10分程度の間診が必要です。 ]

※表示価格は税・処方料込です。 ※ご記入いただいた個人情報等は、診療のみに使用いたします。

● 希望する項目の□に印(✓)を入れて下さい。 ● ご希望の錠数、枚数、セット数をご記入下さい。複数種のご購入もできます。

ED症状の無料相談     診察後に希望する薬、錠数、枚数を決めたい。     お試しセット(お一人様1回限り)

いろいろな試して自分に合った薬を知りたい方にオススメ

**1セット7,140円のところ ● お試し価格 5,800円 全5錠のお値打ちなお試しセット**

- バイアグラ50mg 1錠    ● シアリス10mg 1錠    ● シルデナフィル50mg (バイアグラジェネリック) 1錠
- バルデナフィル10mg (レビトラジェネリック) 1錠    ● タダラフィル10mg (シアリスジェネリック) 1錠

<input type="checkbox"/> シルデナフィル25mg(バイアグラジェネリック)...	1錠 750円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット 7,000円(700円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> シルデナフィル50mg(バイアグラジェネリック)...	1錠 980円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット 8,800円(880円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> バイアグラODフィルム25mg .....	1枚 1,250円 × <input type="checkbox"/> 枚	10枚セット12,000円(1,200円/枚) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> バイアグラODフィルム50mg .....	1枚 1,440円 × <input type="checkbox"/> 枚	10枚セット13,500円(1,350円/枚) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> バイアグラ25mg .....	1錠 1,250円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット12,000円(1,200円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> バイアグラ50mg .....	1錠 1,480円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット13,500円(1,350円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> バルデナフィル10mg(レビトラジェネリック).....	1錠 1,400円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット13,500円(1,350円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> バルデナフィル20mg(レビトラジェネリック).....	1錠 1,800円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット15,500円(1,550円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> タダラフィル10mg(シアリスジェネリック).....	1錠 1,530円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット15,000円(1,500円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> タダラフィル20mg(シアリスジェネリック).....	1錠 1,580円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット15,500円(1,550円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> シアリス10mg .....	1錠 1,750円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット16,000円(1,600円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> シアリス20mg .....	1錠 2,250円 × <input type="checkbox"/> 錠	10錠セット20,000円(2,000円/錠) × <input type="checkbox"/> セット
<input type="checkbox"/> 精神安定剤(1回につき20錠まで) .....	1錠 100円 × <input type="checkbox"/> 錠	
<input type="checkbox"/> 錠剤カッター .....	1個 550円 × <input type="checkbox"/> 個	

※ 本状を、受付にお持ち下さい。  
 ※ 購入後の薬品等の返品・交換、他人への譲渡は出来ません。

ご住所 ※市・郡までで結構です。	
県	市・郡
携帯番号 ※またはご自宅電話番号	
フリガナ _____	
お名前 _____	
生年月日 _____	
大・昭・平	年 月 日 年齢 歳

## E D 問 診 票 (IIEF5 他)

※ご記入頂いた事項は診療のみに使用致します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_  
 身長 \_\_\_\_\_ c m                      体 重 \_\_\_\_\_ k g

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 1	低い 2	普通 3	高い 4	非常に高い 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 0	全くなし または ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) 4	毎回 または ほと毎回 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 0	全くなし または ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) 4	毎回 または ほと毎回 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 0	ほとんど困難 1	かなり困難 2	困難 3	やや困難 4	困難でない 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 0	全くなし または ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) 4	毎回 または ほと毎回 5

日本性機能学会用語委員会:IMPOTNCE,13(1),35:1998[L199901112007]

**合計点数** \_\_\_\_\_ 点 (IIEF5 の得点は 25 点満点で、21 点以下を ED とみなします。)

## 初 診 時 間 診 票

- ・いつ頃から勃起の調子が悪いですか ..... 約( )年( )ヶ月前から
- ・陰茎の病気(屈曲・しこりなど)がありますか ..... はい                      いいえ
- ・現在前立腺肥大症で投薬治療を受けていますか ..... はい                      いいえ
- ・低血圧(最大血圧 < 90 mmHg)ですか ..... はい                      いいえ
- ・高血圧(最大血圧 >170 mmHg または 最小血圧 > 100mmHg)ですか ..... はい                      いいえ
- ・早朝勃起(朝立ち)がありますか ..... 毎朝ある ・ 時々ある(週 回数) ・ 全くない
- ・喫煙の習慣がありますか ..... はい 一日( )本 ・ いいえ
- ・心臓病の既往がありますか ..... はい                      いいえ
- ・最近 6 ヶ月以内に脳梗塞・脳出血・狭心症発作・心筋梗塞をおこしましたか ..... はい                      いいえ
- ・狭心症の治療で硝酸薬(内服・舌下・スプレー・テープ・軟膏等全て)を使用していますか ..... はい                      いいえ
- ・下記の疾患がありますか(ある方は○で囲んでください) ..... はい                      いいえ  
 網膜色素変性症(進行性の色盲) ・ 鎌状赤血球貧血 ・ 多発性骨髄腫 ・ 白血病  
 血がとまりにくい病気 ・ 胃/十二指腸潰瘍 ・ 腎臓の病気 ・ 肝臓の病気 ・ 前立腺癌
- ・日常内服、貼付、吸入、注射している、又は発作時に使用している薬剤はありますか ..... はい                      いいえ  
 「はい」とお答えの場合、いつからどんな薬剤を使用していますか( )
- ・これまでに勃起障害で医療機関を受診したことがありますか ..... はい                      いいえ
- ・これまでにバイアグラ・レビトラ・シアリスを服用したことがありますか ..... はい                      いいえ
- ・当クリニックを何でお知りになりましたか  
 インターネット【 Yahoo ・ Google ・ その他( )】..... 検索キーワード【 ( ) 】  
 電話帳 ・ 看板 ・ その他( )
- ・AGA(男性型脱毛症)の治療を同時に希望されますか ..... はい                      いいえ  
 「はい」の方は併せてAGAの問診票へもご記入をお願いします。

質問は以上です、ご協力ありがとうございます。

[WEB]

医療法人正進会 丸善クリニック