

EDチェックリスト

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 以前、薬によって過敏症状(発疹、発赤、かゆみ、その他のアレルギー症状)をおこしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 心臓の病気などでニトログリセリンなどの硝酸剤(舌下錠、貼り薬、塗り薬、スプレーなどを含む)を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3. 心血管系の病気(狭心症、心筋梗塞など)がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 肝臓の病気がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 低血圧あるいは高血圧といわれたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. 脳梗塞あるいは脳出血をおこしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. 網膜色素変性症と診断されたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8. 陰茎の病気(屈曲、しこりなど)がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9. 血液の病気(鎌状赤血球貧血、多発性骨髄腫、白血病など)がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10. 他の勃起障害治療(薬、器具、手術など)を行ったことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11. 出血性の病気あるいは消化性潰瘍がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12. 腎臓の病気がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 13. 他に使用中の薬がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14. 他の診療科あるいは他の医療機関を受診する際には、バイアグラを服用していることを申し出るか、または何らかの方法で確実に医師に伝えるようにしてください。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15. バイアグラの服用後に4時間以上勃起が続く場合は、すぐ医師に連絡して下さい。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16. バイアグラは催淫剤(性欲増進を目的とした薬)ではありません。性的刺激を受けなければ勃起しません。ご理解いただけましたか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 17. バイアグラの服用後は、自動車の運転や機械の運転操作には注意して下さい。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 18. 食事中あるいは食直後の服用では、バイアグラの効果が遅れて出ることがあります。ご理解いただけましたか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 19. バイアグラは性行為の約1時間前に服用し、1日1回までで、次の服用は24時間以上あけてください。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 20. バイアグラを他の人に譲り渡さないで下さい。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 21. 性行為は心臓に負担をかけます。無理はしないようにしましょう。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

上記の項目については、私が記入しました。

令和 年 月 日 署名