



## ED 治療薬の処方を受ける方のチェックリスト

ふりがな	生年月日（ 昭和 ・ 平成 ）
お名前	年 月 日
ご連絡先 ( 携帯 ・ 自宅 )	

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）を起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を含む硝酸剤（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	重い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言われた事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	半年以内に、脳梗塞あるいは脳出血をおこした事がありますか？	<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器性潰瘍がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	血液透析、腹膜透析を行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	現在、治療中の病気がありますか？服用中の薬剤はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	他の医療機関を受診する際には、ED 治療薬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下さい。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	ED 治療薬の服用後に 4 時間以上勃起が続く場合は、もよりの医療機関（泌尿器科もしくは救急科）への相談が必要です。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	ED 治療薬は催淫剤（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ないことをご理解ください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	ED 治療薬の服用後は、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	バイアクラは、食事中あるいは食直後の服用では効果が遅れて出ることをご理解ください。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
19	すべての ED 治療薬は性行為の約 1 時間前に服用し、1 日 1 回まで次の服用は 24 時間以上間隔を開けてください。（シアリスは 36 時間以上あけてください）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	ED 治療薬を他の人に譲渡さないで下さい。	<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、無理を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、私が記入いたしました。

署名

平成

年

月

日