

# ED治療薬処方のためのチェックリスト

泉谷ふれ愛クリニック

## 質問事項

- ・ 狭心症などで硝酸剤(ニトログリセリン)を服用していますか？  はい  いいえ
- ・ 今までにED治療薬を服用してアレルギーが出た事がありますか？  はい  いいえ
- ・ 心血管系疾患(狭心症、心筋梗塞など)はありますか？  はい  いいえ
- ・ 脳血管系疾患(脳梗塞、脳出血など)はありますか？  はい  いいえ
- ・ 重い肝臓病はありますか？  はい  いいえ
- ・ 眼科疾患(網膜色素変性症)はありますか？  はい  いいえ
- ・ 高血圧や低血圧を指摘された事がありますか？  はい  いいえ
- ・ その他で治療中の疾患があれば、ご記入下さい。  
( )

## 了解事項

- ・ ED治療薬を他人に譲渡しません。
- ・ ED治療薬の服用は1日1回までとして、次の服用まで24時間あけます。
- ・ ED治療薬は性行為の1時間前に内服します。
- ・ ED治療薬服用後に勃起が4時間以上続くなどの副作用が出た時は、担当医に連絡します。
- ・ 他の医療機関に受診する際はED治療薬を服用している事を申し出ます。
- ・ ED治療薬の服用では性行為感染症を予防できない事を理解しています。

上記の項目については、私が記入しました。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_