

EDチェックリスト

バイアグラ・レビトラ・シアリスを正しく服用するための資料になります。
正確に答えて頂けると診療時間の短縮にもなりますので、よく読んでお答え下さい。

1. 以前、薬によって過敏症状（発疹等のアレルギー症状）をおこした事がありますか？ はい 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？ はい 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？ はい いいえ
4. 肝臓または腎臓の病気はありますか？ はい いいえ
5. 低血圧あるいは高血圧といわれた事がありますか？ はい いいえ
6. 脳梗塞あるいは脳出血をおこした事がありますか？ はい いいえ
7. 網膜色素変性症と診断された事がありますか？ はい いいえ
8. 陰茎の病気（屈曲・しこり等）がありますか？ はい いいえ
9. 血液の病気（鎌状赤血球性貧血・多発性骨髄腫・白血病など）がありますか？ はい いいえ
10. 他の勃起障害治療（薬・器具・手術など）をおこなった事がありますか？ はい 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？ はい いいえ
12. 先天性の不整脈（QT延長症候群）と診断された事がありますか？または、キニジン・プロカインアミド・アミオダロン・ソタロールなどの抗不整脈薬を使用中ですか？ はい いいえ
13. HIV治療薬のリトナビル（ノービア）またはインジナビル（クリキシバン）を使用中ですか？ はい いいえ
14. 抗真菌薬（水虫などの治療薬）のケトコナゾールまたはイトラコナゾール（イトリゾール）を使用中ですか？ はい いいえ
15. 血液透析をおこなっていますか？ はい いいえ
16. 他に使用中の薬がある場合はお書き下さい。

江別泌尿器科



新札幌泌尿器科