

ED治療薬服用チェックリスト

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がありますか？	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)を行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、キノジン・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(クリキシパン)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.	テラゾシン(パソメット等)、タムスロシン(ハルナール等)などのα遮断薬(排尿障害・高血圧の治療薬)を使用中ですか？	はい	いいえ
16.	血液透析をおこなっていますか？	はい	いいえ
17.	他に使用中の薬がある場合はお書き下さい。		

下記(次ページ)の注意書きを了承します。上記の項目については、私が記入しました。

平成 年 月 日

署名: _____

連絡可能電話番号: _____

新札幌泌尿器科 TEL 011 895-8228
札幌市厚別区厚別中央2条4丁目 新札幌庁舎112F

江別泌尿器科 TEL 011 381-8228
江別市野幌若葉町13

このチェックリストをプリント・アウトし、各項目に答えて受付に提出して下さい。その後の手続きが簡略化され、受診にかかる時間が短縮されます。

註: 当院のみで有効ですのでお気を付け下さい。

勃起不全治療薬

バイアグラ
レビトラ
シアリス

処方希望の患者さんへ

- ①処方するには、事前に診察が必要です。
- ②診察は、自由診療で保険の適用対象外となります。
- ③身元を保証するもの(運転免許証・健康保険証等)が必要です。
- ④診察の結果によっては、薬剤を処方できない事もあります。
- ⑤上記の【EDチェックリスト】にご記入いただき、以下の注意書きを了承された上で診察の受付をお願いします。

- 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確実に医師に伝えて下さい。
- ED治療薬の服用後に4時間以上勃起が続く場合は、すぐに医師に連絡してください。
- ED治療薬は催淫剤(性欲増強薬)ではありません。(性的刺激を受けなければ勃起しません)
- ED治療薬の服用後は、自動車や機械の運転操作には充分ご注意下さい。
- 食事中あるいは食事直後の服用では、効果が遅れてでることがあります。
- ED治療薬は性行為の約1時間前に服用し、1日1回までで、次の服用には24時間以上あけて下さい。
- 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。
- ED治療薬は、他の人に譲り渡さないで下さい。