

# ED問診票 (IIEF5)

お名前	記入日	年	月	日
-----	-----	---	---	---

あなたの最近6カ月間の状態について、該当するもの1つにチェックを付けて下さい。

## 問1 勃起を維持する自信の程度はどれくらいありましたか？

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 非常に低い ----- 1 | <input type="checkbox"/> 高い ----- 4    |
| <input type="checkbox"/> 低い ----- 2    | <input type="checkbox"/> 非常に高い ----- 5 |
| <input type="checkbox"/> 普通 ----- 3    |  |

## 問2 性的刺激による勃起の場合、何回挿入可能な勃起の硬さになりましたか？

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 性的刺激一度もなし ----- 0            |
| <input type="checkbox"/> 全くなし、またはほとんどなし ----- 1       |
| <input type="checkbox"/> たまに（半分よりかなり下回る回数） ----- 2    |
| <input type="checkbox"/> 時々（半分くらい） ----- 3            |
| <input type="checkbox"/> おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） ----- 4 |
| <input type="checkbox"/> 毎回またはほぼ毎回 ----- 5            |

## 問3 性交中、挿入後何回勃起を維持することができましたか？

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 性交の試み一度もなし ----- 0           |
| <input type="checkbox"/> 全くなし、またはほとんどなし ----- 1       |
| <input type="checkbox"/> たまに（半分よりかなり下回る回数） ----- 2    |
| <input type="checkbox"/> 時々（半分くらい） ----- 3            |
| <input type="checkbox"/> おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） ----- 4 |
| <input type="checkbox"/> 毎回またはほぼ毎回 ----- 5            |

## 問4 性交中に、性交を終了するまで勃起を維持するのはどれくらい困難でしたか？

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 性交の試み一度もなし ----- 0 | <input type="checkbox"/> 困難 ----- 3    |
| <input type="checkbox"/> ほとんど困難 ----- 1     | <input type="checkbox"/> やや困難 ----- 4  |
| <input type="checkbox"/> かなり困難 ----- 2      | <input type="checkbox"/> 困難でない ----- 5 |

## 問5 性交を試みた時に、何回満足に性交ができましたか？

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 性交の試み一度もなし ----- 0           |
| <input type="checkbox"/> 全くなし、またはほとんどなし ----- 1       |
| <input type="checkbox"/> たまに（半分よりかなり下回る回数） ----- 2    |
| <input type="checkbox"/> 時々（半分くらい） ----- 3            |
| <input type="checkbox"/> おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） ----- 4 |
| <input type="checkbox"/> 毎回またはほぼ毎回 ----- 5            |

IIEF 合計  点

本日希望の薬はありますか？:  特になし  バイアグラ  レビトラ  シアリス