

# EDチェックシート

最近6ヶ月で、該当するところを選んでください。

受付や診察時に、このEDチェックシートをお見せいただき、  
ED治療を希望する旨をなかなか切り出せないときにご活用ください。

<b>Q1</b> 勃起を維持する 自信の程度は どれくらい ありましたか？		非常に低い <input type="checkbox"/>	低い <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>	高い <input type="checkbox"/>	非常に高い <input type="checkbox"/>
<b>Q2</b> 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？	性的刺激 一度もなし <input type="checkbox"/>	全くなし または ほとんどなし <input type="checkbox"/>	たまに (半分よりかなり 下回る回数) <input type="checkbox"/>	時々 (半分ぐらい) <input type="checkbox"/>	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数) <input type="checkbox"/>	毎回 または ほぼ毎回 <input type="checkbox"/>
<b>Q3</b> 性交中、 挿入後何回勃起を 維持することが できましたか？	性交の試み 一度もなし <input type="checkbox"/>	全くなし または ほとんどなし <input type="checkbox"/>	たまに (半分よりかなり 下回る回数) <input type="checkbox"/>	時々 (半分ぐらい) <input type="checkbox"/>	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数) <input type="checkbox"/>	毎回 または ほぼ毎回 <input type="checkbox"/>
<b>Q4</b> 性交中、 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？	性交の試み 一度もなし <input type="checkbox"/>	ほとんど 困難 <input type="checkbox"/>	かなり困難 <input type="checkbox"/>	困難 <input type="checkbox"/>	やや困難 <input type="checkbox"/>	困難でない <input type="checkbox"/>
<b>Q5</b> 性交を試みた時に、 何回満足に性交が できましたか？	性交の試み 一度もなし <input type="checkbox"/>	全くなし または ほとんどなし <input type="checkbox"/>	たまに (半分よりかなり 下回る回数) <input type="checkbox"/>	時々 (半分ぐらい) <input type="checkbox"/>	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数) <input type="checkbox"/>	毎回 または ほぼ毎回 <input type="checkbox"/>