**ED治療薬処方のためのチェックリスト（案）**

◆あなたの病気や使用しているお薬などに関する確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| 心臓の病気などで、ニトログリセリンなどの硝酸薬（舌下錠・貼り薬・注射・スプレーなどを含む）、抗不整脈薬（アミオダロン塩酸塩）を使用していますか？ | □はい　□いいえ |
| 肺高血圧症と診断されて、リオシグアト（アデムパス®錠）を使用していますか？ | □はい　□いいえ |
| 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 |
| 以前、薬によって過敏症状（発疹、発赤、かゆみ、その他のアレルギー症状）をおこしたことがありますか？ | □はい　□いいえ |
| 肝臓の病気がありますか？ | □はい　□いいえ |
| 低血圧あるいは高血圧といわれたことがありますか？ | □はい　□いいえ |
| 脳梗塞、脳出血あるいは心筋梗塞をおこしたことがありますか？ | □はい　□いいえ |
| 網膜色素変性症と診断されたことがありますか？ | □はい　□いいえ |
| 陰茎の病気（屈曲、しこりなど）がありますか？ | □はい　□いいえ |
| 血液の病気（鎌状赤血球貧血、多発性骨髄腫、白血病など）がありますか？ | □はい　□いいえ |
| 他の勃起障害治療（薬、器具、手術など）を行ったことがありますか？ | □はい　□いいえ |
| 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 |
| 腎臓の病気がありますか？ | □はい　□いいえ |
| 他に使用中の薬がありますか？ | □はい　□いいえ |
| 多系統萎縮症（Shy-Drager症候群）と診断されたことがありますか？ | □はい　□いいえ |

◆このお薬を服用するにあたり、あなたに守っていただきたいこと

|  |  |
| --- | --- |
| 他の診療科あるいは他の医療機関を受診する際には、このお薬を服用していることを申し出るか、または何らかの方法で確実に医師に伝えるようにして下さい。 | □はい　□いいえ |
| このお薬の服用後に4時間以上勃起が続く場合は、すぐ医師に連絡して下さい。また、視覚、聴覚に異常を感じた方は、服用を中止し、医師に相談して下さい。 | □はい　□いいえ |
| このお薬は催淫薬や性欲増進薬ではありませんので、性的刺激がなければ勃起しないことをご理解ください。 | □はい　□いいえ |
| このお薬の服用後は、自動車の運転や機械の運転操作には注意して下さい。 | □はい　□いいえ |
| 食事中あるいは食直後の服用では、このお薬の効果が遅れて出ることがあります。 | □はい　□いいえ |
| このお薬は性行為の1時間前に服用してください。服用は1日1回までです。つぎに服用するときは、24時間以上あけて服用して下さい。 | □はい　□いいえ |
| このお薬を他の人に譲り渡さないで下さい。 | □はい　□いいえ |
| 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。 | □はい　□いいえ |

上記の通り、間違いありません。

平成＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日　　　　　　　　　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿