

『バイアグラ・レビトラ・シアリスの 処方をご希望される患者様へ』

1. バイアグラ・レビトラ・シアリスは、世界各国でその有効性が証明された経口(飲み薬)で、有効率は75%~85%くらいとされており、糖尿病の患者様でも約50%は有効であると言われています。

2. 30%前後の副作用率があり、ほとんど軽い副作用ですが、ニトログリセリンなどの硝酸剤との併用による死亡例が報告されています。
危険な副作用を避ける為、

現在、服用・使用している薬をすべて呈示して頂きます。

バイアグラ・レビトラ・シアリスを処方するにあたり、診察・検査などございますが、すべて保険が適用されませんので、自費となります。ご了承ください。

～初診時～

初診時は、診察・尿検査・採血検査をさせていただきます。
但し、お薬の処方は出来ませんのでご理解下さい。
初診時のお会計が、9,720円(税込)かかります。
上記の会計に診察・検査料など含まれております。

～再診時～

採血結果が3~5日後に出ます。その結果と診察でお薬の処方ができるかどうか、お薬の種類を医師が決定し、処方を受けます。
初めての処方は4錠までとさせていただきます。
但し、検査結果など診させていただきまして、処方できないと診断を受けた場合でも、
再診料として1,080円(税込)を頂きます。お薬処方の場合は、
院外処方の場合は1,730円(税込)で、院内処方の場合2,060円(税込)を頂きます。

～お薬代の目安～

1. バイアグラは25mgと50mgがあり、50mg錠1錠が1,400円程度です。
2. レビトラは10mgと20mgがあり、10mg錠1錠が1,400円程度です。
3. シアリスは5mg・10mg・20mgとあり、10mg錠1錠が1,400円程度です。

院外処方の場合、調剤薬局において、調剤料などが別途必要になります。
調剤薬局ごとにお薬代が異なる事もございます。上記は一例です。

いずみが丘クリニック

バイアグラ・レビトラ・シアリスに おける診察承諾書

ED治療は保険適用外であり、診察料・検査料・処方料など
全てが自費扱いとなります。

1. 治療薬の使用が適当であるかどうかは、診察以外に問診票の記入・血圧測定・尿検査・採血などにより、総合的に医師が判断致します。
2. 採決の結果が出るまで、3~5日要するため、**初診時に処方する事は致しかねます。**
3. 再診時、全ての結果を確認した上で処方を受けることができますが、**初回のみ4錠までとさせていただきます。**
残念ながら、処方できなかった場合におきましても、再診料は自費のお会計となりますので、予めご了承ください。
4. ED治療において、採血等の検査は初診時のみで、2回目以降は必要ありません。
5. 処方量も、2回目以降は4錠と限らず、医師と相談して決めることができます。
3種類のうち、どれを選択するかについても、医師と相談して決めることができます。
治療中に変更することも可能です。
6. 診察時に、必要な費用などについては、別紙『バイアグラ・レビトラ・シアリスの処方をご希望される患者様へ』をよくご覧いただき、不明な点は医師などにお尋ねください。

以上のように、自費扱いであることをご了承下さい。

納得し、同意して頂きましたら下記にサインをお願いいたします。

年 月 日 患者氏名 様

バイアグラ・レビトラ・シアリスに おける処方承諾書

ED治療薬は慎重に扱うべき薬剤です。

以下の事柄をよく理解して頂き、

必ずお守りください。

1. 私はED治療薬について医師より十分説明を受け、また使用する薬剤の患者用パンフレット（初回処方時配布）を受け取り、よく理解しました。
2. 私は過去と現在の病気について、正直に話しました。
3. 私は現在使用している薬（内服薬・貼り薬・注射・吸引薬など）について、全てを医師に伝え、不明な薬はありません。
なお、私の使用している薬は患者用パンフレットの併用禁忌薬リストに記載していないことを自分でも確認致します。
4. 私は他の医療機関を受診する時、ED治療を受けている事を医師に伝えます。
5. 私はED治療薬を服用している事を危険防止のため、家族やパートナーなどにきちんと話します。
心臓発作時などの際に、救急医療機関ではニトログリセリンなどの硝酸剤が使用されます。医師に服用が伝わらないと、
それらの治療薬の為に死に至ることもあります。
6. また、心臓発作などの際に硝酸剤が使用できず、他の薬剤による治療をやむなく選択した場合、硝酸剤と同等の治療効果が得られないことがあります。
7. 私は、これらのED治療薬を**他人に譲渡しません。**
8. 私は、**常用量である1日1錠**を守り、効果が感じられない時は医師に相談します。
9. 私は、健康チェックでED治療の続行が不適切であるような異常が見つかった時は、服用をあきらめ、他の治療法を選択します。

以上のように、自費扱いであることをご了承下さい。

納得し、同意して頂きましたら下記にサインをお願いいたします。

年 月 日 患者氏名

様

ED問診票

年 月 日

No. 氏名()

- 1 いつから勃起障害ですか？
()
- 2 日常服用している薬はありますか？
無 有 ()
- 3 高血圧、糖尿病、高脂血症、脳梗塞、心筋梗塞、網膜色素変性症、肝機能障害、腎機能障害、
前立腺肥大症のいずれかの診断を受けたことがありますか？
無 有 ()
- 4 今までに勃起障害で、医療機関を受診されたことがありますか？
無 有 ()
- 5 今までに手術を受けたり、入院をしたことがありますか？
無 有 ()

6 最近6ヶ月で、該当するところに○をつけてください。↓

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？		非常に低い	低い	普通	高い	非常に高い
			1	2	3	4	5
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	性的刺激一度もなし	全くない又はほとんどなし	たまに (半分よりかなり下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る)	毎回又はほぼ毎日
		0	1	2	3	4	5
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？	性的刺激一度もなし	全くない又はほとんどなし	たまに (半分よりかなり下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る)	毎回又はほぼ毎日
		0	1	2	3	4	5
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？	性的刺激一度もなし	ほとんど困難	かなり困難	困難	やや困難	困難でない
		0	1	2	3	4	5
5	性交を試みた時に、何回満足に性交ができましたか？	性的刺激一度もなし	全くない又はほとんどなし	たまに (半分よりかなり下回る回数)	時々 (半分くらい)	おおかた毎回 (半分よりかなり上回る)	毎回又はほぼ毎日
		0	1	2	3	4	5