

性機能問診票

やまなかクリニック

ふりがな
氏名 () 記入日 年 月 日
生年月日 (年 月 日) 年齢 (満 歳)

本日受診された主たる目的についてお答えください。

- 原因の究明のみ
- 原因の究明、およびそれに対する治療 (保険の範囲内)
- 原因の究明、およびそれに対する治療 (保険外診療も可能)
- 勃起不全治療薬である PDE5 阻害薬 (バイアグラ、レビトラ、シアリス)のみ希望 (これらは保険外診療となります)
- その他 ()

以下の質問にお答えください。

職業 () 宗教 ()
婚姻歴 (未婚・既婚・離婚・再婚) (詳細)
特定の性交渉パートナーの有無 (あり・なし)
「あり」と回答された方へ パートナーの年齢 (歳)
パートナーは (妻 / 恋人 / 友人) (その他 :)
パートナーの性交渉の協力度はいかがですか、また問題点はありますか
()
当科を受診される前に性機能障害について治療を受けたことがあるなら、その内容をお書きください。
()

- * 勃起不全症を含む性機能障害は、一部のものを除き保険診療の適応外となっています。そのため検査や治療の種類によっては保険外診療 (自費診療) で行わなければならないことをご了承ください。
その際には、あらかじめご説明致します。

主訴 ()

いつからですか ()

性欲 (強い・普通・弱い・なし)

勃起 性的な興奮によるもの (あり・あるが弱い・なし)

早朝勃起 (あり・時々あり・まれにあり・なし)

マスターベーションによる勃起 (あり・あるが弱い・なし・試みていない)

性交 (可能・不十分・不可能)

性交時間 (0~5分・5~10分・10~30分・30分以上)

性交回数 (週2回以上・週1回・月2,3回・月1回・数ヶ月に1回・なし)

射精 (可能・時々可能・まれに可能・不可能)

射精感 (あり・あるけど弱い・なし)

射精までの時間 (早い・普通・遅い・達しない)

身長 () cm、体重 () Kg

たばこ (吸う・以前吸っていたが今はなし・もともと吸わない)

1日に () 本、() 年間

アルコール 飲む (毎日・週4,5日・週2,3日・週1日・月2,3日・月1日以下)

以前飲んでいたが今はやめている・もともと飲まない

現在、以下の病気で治療中であれば印をつけて下さい。

(心臓病・糖尿病・肝臓病・高血圧・高脂血症)

これまでにかかった病気とその治療について (時期も) お書きください。

()

今回の受診にあたり特に希望されることがあればお書きください。

()