

初診時間診表

受付日 年 月 日

氏名		奥村皮フ科 可児市今渡 1653-1	〒509-0207 TEL (0574) 63 - 5300
住所			
生年月日	大・昭 年 月 日	電話番号	() -

最近6ヶ月で、該当するボタンを選択○してください

1. 勃起を維持する自信の程度はどのくらいありましたか？				
1 / ○	2 / ○	3 / ○	4 / ○	5 / ○
非常に低い	低い	普通	高い	非常に高い

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？					
0 / ○	1 / ○	2 / ○	3 / ○	4 / ○	5 / ○
性的刺激 一度もなし	全くなし又は 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 り上回る回数）	毎回又は ほぼ毎回

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？					
0 / ○	1 / ○	2 / ○	3 / ○	4 / ○	5 / ○
性交の試み 一度もなし	全くなし又は 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 り上回る回数）	毎回又は ほぼ毎回

4. 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？					
0 / ○	1 / ○	2 / ○	3 / ○	4 / ○	5 / ○
性交の試み 一度もなし	殆ど困難	かなり困難	困難	やや困難	困難でない

5. 性交を試みた時に、何回満足にできましたか？					
0 / ○	1 / ○	2 / ○	3 / ○	4 / ○	5 / ○
性交の試み 一度もなし	全くなし又は 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 り上回る回数）	毎回又は ほぼ毎回