

- (6) 性機能について悩んでいること、相談したいことはありますか。
性欲がない・勃起しない・挿入できない・膣内射精ができない・射精しない・早漏
射精感はあるが精液が出ない・その他 ()
- (7) 精巣(睾丸)を打撲したり、怪我をしたことはありますか(あり・なし)
- (8) おたふく風邪にかかったことがありますか(あり・なし) ※ありの方は下記にご記入ください
精巣がはれましたか(はい・いいえ) ※はいの方は(右・左・両側)
- (9) 既往歴
病気：
(治癒・治療中 施設名；)
手術：
(施設名：)
アレルギー(あり・なし)
食物 ()
薬剤 ()
睾丸の病気・手術や腫れたことがありますか？(はい・いいえ)
そけいヘルニアの手術を受けたことがありますか？(はい・いいえ)
- (10) 嗜好品
煙草は吸いますか？(はい・いいえ)
(喫煙歴 年 本数 /日)
お酒は飲みますか？(はい・いいえ)
- (11) 身長 cm / 体重 kg
- (12) ご家族で病気の方はいますか？
糖尿病・高血圧・膠原病・遺伝的な病気・癌・肝炎・遺伝性の病気 ()
その他 ()
- (13) 当クリニックを受診するきっかけは何ですか。
医者からの紹介(病院名： 医者名：)
友人・知人からの紹介(紹介者：)
(自宅・学校・職場)から近い
インターネット(当院ホームページ・タウンページ・患者の気持ち・町田市医師会・その他)
本、雑誌で見た(本、雑誌名：)
以前受診した
上記以外 ()

※ご協力ありがとうございました。