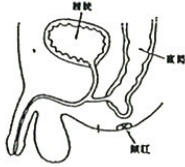


## インポテンツについての所見

(患者 殿 年 月 日生)

1. 初診時の診察所見についてご教示下さい。(外傷所見が認められた部位について○印で囲んで、下図にご記入下さい。)

- イ. 尿道
- ロ. 骨盤内への出血
- ハ. 陰茎
- ニ. 辜丸
- ホ. 骨盤の骨折



2. 陰萎を訴えた時期についてご教示下さい。 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ごろから

明確な訴えが無くても、問診にて確認された時期についてご教示下さい。

( \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ )

3. 施工された検査についてご教示下さい。

	最初の検査	2回目	直近
検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査の種類			
所見			

4. 骨盤内の出血および尿道・陰茎・辜丸に直接的損傷がない場合のみご教示下さい。(バーグラフには、検査所見の程度をご記入下さい。)

・ コレステロールの値	(		)		
・ 血糖値/HbA1C	(		)		
・ 球海綿体反射の程度					
・ プロスタンディンテスト	低下		正常		亢進
・ スタンプテスト	低下		正常		亢進
・	低下		正常		亢進
・	低下		正常		亢進
・ 肛門反射	低下		正常		亢進

※ その他、陰茎に影響を及ぼすような疾患が認められましたでしょうか。

平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日 医療機関名  
住 所  
医師名(診療科目)

印