|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вопрос** | **Нужное** **обведите** | | **Комментарии** | |
| 1. Ваш возраст |  | |  | |
| 1. Ваш достаток | 1. Удовлетворительный  2. Средний  3. Высокий | |  | |
| 1. К какому темпераменту вы относитесь? | 1. Сангвиник 2. Холерик 3. Флегматик 4. Меланхолик | |  | |
| 1. Есть ли у вас хронические заболевания? | Да | Нет | *Если да, укажите заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. Курите ли вы сигареты? | Да | Нет | *Если да, укажите количество сигарет в день\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. Принимаете ли вы алкоголь? | Да | Нет | *Количество раз в неделю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. Есть ли у вас дети? | Да | Нет | *Количество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. Принимаете ли постоянно какие-либо лекарства? | Да | Нет |  | |
| 1. Подвергались ли вы воздействию токсических веществ? | Да | Нет |  | |
| 1. Были ли у вас травмы половых органов? | Да | Нет |  | |
| 1. Есть ли у вас аллергические реакции на пищевые продукты? | Да | Нет |  | |
| 1. Есть ли у вас аллергические реакции на лекарства? | Да | Нет |  | |
| 1. Работаете ли вы на вредном производстве? | Да | Нет |  | |
| 1. Были ли у вас половые инфекции? | Да | Нет | *Если да, укажите инфекции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. Были ли у вас операции по женской линии? | Да | Нет | *Если да, укажите дату*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. Лечились ли вы по поводу бесплодия? | Да | Нет | *Если да, укажите дату, метод лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. Сколько половых партнеров у вас было? |  | |  | |
| 1. Сколько раз в месяц в среднем вы занимаетесь сексом? | 1. 1-5 2. 5-10 3. 10-15 4. Более 15 | |  | |
| 1. Испытываете ли затруднения с получением оргазма? | Да | Нет |  | |
| 1. Регулярно ли вы получаете оргазм от полового акта? | Да | Нет |  | |
| 1. Сколько раз вы получали оргазм? |  | |  | |
| 1. Занимаетесь ли вы мастурбацией? | Да | Нет |  | |
| 1. Получаете ли вы оргазм от мастурбаций? | Да | Нет |  | |
| 1. Расставьте процентные соотношения силы оргазма от мастурбаций | 1. Миниоргазм %  2. Средний оргазм %  3. Максимальный оргазм %  4. Не получаю оргазм % | |  |
| 1. Совпадает ли ваш оргазм и оргазм полового партнера? | Да | Нет |  |
| 1. Расставьте процентные соотношения силы оргазма с половым партнером | 1. Миниоргазм %  2. Средний оргазм %  3. Максимальный оргазм %  4. Не получаю оргазм % | |  |
| 1. Расставьте процентное соотношение, половой акт для вас? | 1. Удовольствие %  2. Зачатие ребенка %  3. Потерял значение %  4. Иное % | |  |
| 1. Доставляет ли половой акт вам удовольствие? | Да | Нет |  |
| 1. Чувствуете ли вы мышечное сокращение во время оргазма? | Да | Нет |  |
| 1. Принимаете ли вы комбинированные оральные контрацептивы? (КОК) | Да | Нет |  |
| 1. Проводили ли вам медикаментозные аборты? | Да | Нет |  |
| 1. Проводили ли вам инструментальные аборты? | Да | Нет |  |