

男性不妊問診票

受診日：西暦 年 月 日

夫	ふりがな	生年月日 (年齢 歳)
	氏名	昭和・平成 年 月 日
	ご住所 〒 -	
	携帯電話 - -	ご職業
	身長 cm 体重 kg	喫煙： 無・有 (本/日) 飲酒： 無・有 (ml/日)
妻 (パートナー)	ふりがな	生年月日 (年齢 歳)
	氏名	昭和・平成 年 月 日
	携帯電話 - -	ご職業

1. 【当院で希望する治療】

- 不妊治療の話が聞きたい
 タイミングから始めたい
 人工授精 (AIH) から始めたい
 初めから体外受精を希望
 セカンドオピニオン
 その他
 ()

2. 【不妊期間 (避妊をしない、もしくは妊娠を希望している期間)】

_____年_____ヵ月
 いつ頃から妊娠を希望されましたか？
 西暦 _____年 _____月 _____日
 避妊期間はありますか？
 西暦 _____年 _____月 _____日 ~ 西暦 _____年 _____月 _____日

3. 【結婚歴】

- 結婚 _____歳 (西暦 _____年 _____月 _____日)
 再婚 _____歳 (西暦 _____年 _____月 _____日)
 婚約中 入籍予定 (_____年 _____月) 独身

4. 【他院での不妊検査を受けたことがありますか】

ない ある

検査の結果： 正常 異常あり

どのような異常がみつかりましたか（病名： _____)

5. 【性生活について】

性交障害はありますか 有・無

理由 ED / 射精障害 / 精神的 / その他 (_____)

性交頻度 _____ 回 / (週・月) ・ 全くない

理由 ある程度の間隔ではある / 環境的（忙しくて時間がない） / 精神的

マスターベーションの頻度はどのくらいですか

_____ 回 / (週・月) ・ 全くない

6. 【今までに以下の病気や手術をしたことがありますか】

1) 耳下腺炎（おたふくかぜ）にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> はい	(_____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
その時、睾丸は腫れましたか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
2) 睾丸や精管の手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	(_____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
3) 脱腸（鼠径ヘルニア）の手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	(_____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
4) 尿道炎・副睾丸炎・前立腺炎にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	(_____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
5) 陰茎・睾丸など外陰部に外傷をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	(_____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
6) 蓄膿・気管支拡張症・慢性気管支炎にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	(_____ 歳頃)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
7) 放射線治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	病名 (_____)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明
8) 抗がん剤治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	病名 (_____)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 不明

7. 【最近3か月間に高熱や体調不良はありましたか】

はい（病名： _____) いいえ

8. 【ひげは毎日剃りますか】

はい 時々 (_____ 日に1回くらい) ほとんど剃らない

9. 【既往歴】

糖尿病 高血圧 膠原病 心臓疾患 肝臓疾患 悪性腫瘍

その他 (_____)

10. 【今までに大きな病気や手術をしたことはありますか】

年齢	病名	病院	入院歴	手術歴	治療
西暦 年 月 (歳)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
西暦 年 月 (歳)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
西暦 年 月 (歳)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

11. 【現在内服しているお薬やサプリメントはありますか】

- なし
 薬 ()
 サプリメント ()

12. 【アレルギー・禁忌薬】

- なし
 喘息 キシロカイン ラテックス
 薬剤アレルギー ()
 食物アレルギー ()

13. 【今まで採血で気分が悪くなったことはありますか】

- 無 有 ()

14. 【当院を受診されたきっかけ】

- 通りがかり (看板)
 家族・知人からの紹介 (紹介者:)
 インターネット検索
 ホームページ
 他の医療機関からの紹介 (施設名:)
 その他 ()

15. 【採血などの検査結果を奥様にお伝えしても良いですか】

- 良い 必ず本人に伝えて欲しい

問診票をご記入いただき、ありがとうございました。
 紹介状をお持ちの方は問診票と一緒に受付に提出して下さい。
 また、前医のデータをお持ちの場合も提出をお願いします。