様式-721-3-3

問診票（男性用）

年　　月　　日

フリガナ		フリガナ	
夫氏名		妻氏名	
生年月日	年　月　日（　歳）	生年月日	年　月　日（　歳）
携帯番号		携帯番号	
自宅電話番号	クリニックから連絡する際の電話番号　☐自宅　☐携帯		
住所	〒		
身長：　cm　体重：　kg		身長：　cm　体重：　kg	
喫煙：☐なし ☐あり　本/日 ☐禁煙	飲酒：　日/週	喫煙：☐なし ☐あり　本/日 ☐禁煙	飲酒：　日/週
結婚について	☐結婚（　年　月） ☐再婚（　年　月）	☐離婚（　年　月） ☐未婚（　年　月結婚予定）	
今回受診された理由は？	☐妻の妊娠を希望する（「あなたの妊活歴」にもお答え下さい） ☐性生活の相談　☐精子凍結 ☐勃起不全（下記の質問にお答え下さい） ☐その他（　）		
妊娠について	パートナーが妊娠したことはありますか？　☐なし　☐あり（　）回		
今までにかかられた病気や手術、現在もお持ちの病気はありますか？	ぜんそく ・ 小児ぜんそく ・ 緑内障 ・ ソケイヘルニアの手術 おたふく風邪 ・ 前立腺炎 ・ （副）睾丸炎 停留睾丸 ・ 陰嚢水腫 ・ パイプカット ・ 腹部骨盤の外傷 肝臓病（ B型肝炎 ・ C型肝炎 ） ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 前立腺手術 ・ その他（　）		
アレルギーはありますか？	☐なし　☐あり （ 薬 ・ 注射 ・ アルコール消毒 ・ その他：　）		
ご家族で、今までにかかった大きな病気と手術は？	☐なし　☐いる（どなたが？　病名は？　）		
お仕事は何ですか？	ご職業（　）		
当クリニックを何でお知りになりましたか？	医師からの紹介 ・ 友人、知人からの紹介 ・ インターネット ・ 雑誌 電柱、消火栓広告 ・ その他（　）		

❖　勃起不全の方のみお答え下さい

勃起不全の状態をお答え下さい	☐勃起が全くしない ☐性欲が（ ある ・ あまりない ・ 全くない） ☐性交時に勃起しない時が、 （ 75%以上 ・ およそ半分 ・ 25%ぐらい ）ある ☐その他の悩み ☐以下の疾患や手術、薬剤の服用をしていましたら〇を付けて下さい （ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 高脂血症 前立腺の手術 ・ 脊髄の治療 ・ うつ病治療薬 ）

様式-721-4-1

あなたの妊活歴（男性用）

年　　月　　日

❖　妻の妊娠をご希望される方におたずね致します

結婚後の避妊期間は？	□ない　□ある　（　　年　　月頃まで）
性交渉の回数は？	月に　　回程度
精子改善の薬のご使用は？	□ない　□ある　（薬品名　　）
精索静脈瘤の手術を受けたことは？	□ない　□ある　（　　年　　月）
当クリニックでの治療や検査をどこまで希望されますか？	相談のみ　・　精液検査　・　人工授精　・　体外受精　・　顕微授精 ＴＥＳＥ（精巣からの精子採取）　・　その他（　　）

❖　今までに妊娠をご希望されて、行った検査についてご記入下さい

検査名	結果
□精液検査	□正常　□異常　（　　）
□視診・触診	□正常　□異常　（　　）
□抗精子抗体	□正常　□異常　（　　）
□ホルモン検査	□正常　□異常　（　　）
□精巣生検	□正常　□異常　（　　）

❖　治療についてご記入下さい

体外受精を受けたことは？	□ない　□ある　（　　回）
顕微授精(ICSI)をうけたことは？	□ない　□ある　（　　回）
その他特別な治療を受けた場合	どのような方法でしたか？（　　）

❖　知りたいこと、希望していること、不安なことなど、ご自由にお書き下さい