

問診票 (男性用)

西暦 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
夫氏名		妻氏名	
生年月日	S・H 西暦 年 月 日 ( 歳)	生年月日	S・H 西暦 年 月 日 ( 歳)
身長 : cm	体重 : kg	BMI :	身長 : cm 体重 : kg BMI :
喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 <input type="checkbox"/> 禁煙	飲酒: 日/週	喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 <input type="checkbox"/> 禁煙	飲酒: 日/週
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 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
住所	〒		
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚 ( 年 月) <input type="checkbox"/> 離婚 ( 年 月) <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 再婚 ( 年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 ( 年 月結婚予定)		
今回受診された理由は?	<input type="checkbox"/> 妻の妊娠を希望する ※裏面「あなたの妊活歴」にもお答え下さい <input type="checkbox"/> 性生活の相談 <input type="checkbox"/> 凍結精子 <input type="checkbox"/> 勃起不全 ※下記の質問にお答え下さい <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )回		
現在あるいは今までにかかれた病気はありますか?	ぜんそく ・ 小児ぜんそく ・ 緑内障 ・ おたふく風邪 前立腺炎 ・ (副)睾丸炎 ・ 停留睾丸 ・ 陰囊水腫 肝臓病( B型肝炎 ・ C型肝炎 ) ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 高血圧症 ・ 心臓疾患 ・ 精神疾患 ・ 腹部骨盤の外傷 その他( )		
手術されたことはありますか?	ソケイヘルニア手術 ・ 前立腺手術 ・ パイプカット		
アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( アルコール消毒 ・ アトピー ・ その他 : )		
薬アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 注射 薬剤名 : <input type="checkbox"/> 内服薬 薬剤名 : )		
風疹にかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ワクチンを接種した		
麻疹にかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ワクチンを接種した		
ご家族が今までにかかった大きな病気と手術は?(2親等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いる ( どなたが? 病名は? )		
ご職業は何ですか?			

❖ 勃起不全の方はお答え下さい

状態をお答え下さい	<input type="checkbox"/> 勃起が全くしない <input type="checkbox"/> 性欲が ( ある ・ あまりない ・ 全くない ) <input type="checkbox"/> 性交時に勃起しない時が、( 4回のうち3回以上 ・ 半分 ・ 4回のうち1回ぐらい ) ある <input type="checkbox"/> その他の悩み
疾患や手術、薬剤の服用をされましたら○を付けて下さい	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 高脂血症 前立腺手術 ・ 脊髄の治療 ・ うつ病治療薬

あなたの妊活歴(男性用)

西暦 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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名 )
精索静脈瘤の手術をうけたことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )
<input type="checkbox"/> 視診・触診	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )
<input type="checkbox"/> 抗精子抗体	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )
<input type="checkbox"/> ホルモン検査	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )
<input type="checkbox"/> 精巣生検	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 回)
顕微授精(ICSI)を受けたことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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、ご自由にご記入下さい