

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 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
住所	〒		
身長:	cm	体重:	kg
喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	本/日	<input type="checkbox"/> 禁煙	飲酒: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	日/週		日/週
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月） <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（「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"/> 精子凍結 <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		
今までにかかれた病気や手術、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？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<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、 （75%以上・およそ半分・28%ぐらい）ある <input type="checkbox"/> その他の悩み <input type="checkbox"/> 以下の疾患や手術、薬剤の服用をしていましたら○を付けて下さい 糖尿病・高血圧・心臓病・高脂血症 前立腺の手術・脊髄の治療・うつ病治療薬
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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？	<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受けたことは？	<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、ご自由にお書き下さい