

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
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（ 歳頃）		
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（ 歳頃）		
麻疹、風疹の抗体検査希望	<input type="checkbox"/> はい（麻疹のみ ・ 風疹のみ ・ 両方） <input type="checkbox"/> いいえ		
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、薬剤の服用をされてましたら○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 ・ 育毛治療薬

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)をうけたことは？	<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