

問診票（男性用）

西暦 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
男性氏名		女性氏名	
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 :
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 本/日 <input type="checkbox"/> 禁煙 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"/> 再婚 (年 月)	<input type="checkbox"/> 離婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 (年 月結婚予定)	<input type="checkbox"/> 事実婚
いつ頃の妊娠を 考えていますか?	<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 今回の結果で計画を立てたい	<input type="checkbox"/> 2年以降先
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 ・ 陰嚢水腫 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)		
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?			
精液検査を受けたことはありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()年頃 正常・異常()		
避妊期間は?	<input type="checkbox"/> ある (年 月頃~) <input type="checkbox"/> ない		
性交渉の回数は?	月に 回程度		
性生活でお困りの事は?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
気になっていること、 先生に聞きたいことはありますか?			

❖ 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