

## 男性問診票

※緊急時などにご連絡が必要な場合がございますので、正確にご記入下さい※

夫	フリガナ	生年月日 昭・平 年 月 日 ( 歳)
	氏名	携帯番号
		Email
		ご職業
妻	フリガナ	生年月日 昭・平 年 月 日 ( 歳)
	氏名	携帯番号
		Email
		ご職業
ご住所	〒	自宅電話番号

病院から自宅に連絡をする際、病院名（にしたんアークリニック）を告げてもよいでしょうか？（良い・悪い）

### 基本情報について

#### 1 あなたの血液型と身長体重をご記入下さい

血液型（ 型・不明 ） Rh（ + ・ - ・ 不明 ） / 身長（ ） cm 体重（ ） kg

### アレルギー・嗜好品について

#### 2 アレルギーはありますか？（ない・ある）

ある方（大豆・卵・局所麻酔・その他（具体的に： ））

#### 3 使用してはいけないお薬はありますか？（ない・ある（具体的に： ））

#### 4 喫煙の習慣はありますか？（ない・ある（1日 本 / 喫煙開始年齢 歳から））

#### 5 飲酒の習慣はありますか？（ない・ある）飲酒頻度（毎日・時々・たまに付き合い程度）

1日あたりの飲酒量（ビール・日本酒・焼酎・ワインを mLくらい）

### 既往歴について

#### 6 糖尿病はありますか？（ない・ある）

#### 7 精液検査を受けたことがありますか？（ない・ある）

ある方（病院名： 結果： 正常・精子が少ない・運動率が悪い・精子がない）

#### 8 今までに「精巣生検」「精巣内精子回収（TESE）などの手術」「染色体検査」「遺伝子検査」などを受けたことがありますか？

（ない・ある（具体的に： ））

9 放射線治療・抗がん剤治療を受けたことがありますか？（ ない ・ ある ）

ある方（ 病院名： 年 月 内容： ）

10 おたふく風邪にかかったことはありますか？（ ない ・ ある ・ 不明 ）

ある方（ 歳頃、睾丸が腫れた ・ 腫れなかった ）

11 睾丸の手術を受けたことがありますか？（ ない ・ ある （ ） ）

12 鼠径ヘルニアの手術を受けたことがありますか？（ ない ・ ある （ ） ）

13 パイプカットの手術を受けたことがありますか？（ ない ・ ある （ ） ）

14 今までに「病気」「手術」をしたことがありますか？（ ない ・ ある ）

※ある方は現在治療中のもの、以前検査で異常を指摘されたことがあるもの、治療が終了した過去のものなどすべてご記入下さい。肝機能や心電図異常などもご記入下さい。

年 月	病 名	手 術 名	病 院 名
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

15 転院された方は転院の理由をお聞かせ下さい（ ）

#### ご家族について

16 血縁者に3回以上流産を繰り返している方や遺伝的な病気の方はいらっしゃいますか？（ いない ・ いる（続柄： ） ）

17 奥様は他の病院で治療を受けていますか？（ 受けている ・ 受けていた ・ 受けていない ）

受けている・受けていた場合は治療内容を具体的に記入して下さい（ ）

18 奥様は当院を受診していますか？（ いいえ ・ はい ）

19 奥様は流産・死産の経験はありますか？（ いいえ ・ はい（具体的に： ） ）

#### 感染症について

20 ご本人が今までに診断された感染症はありますか？（ ない ・ ある ）

ある方（ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV/エイズ ・ その他： ）

21 風疹ワクチンを受けたことがありますか？（ ない ・ ある （ 年 月 ） ）

22 クラミジア・淋病などの性病にかかったことはありますか？（ ない ・ ある （ 年頃、 治療済 ・ 治療未 ） ）

## 女性・治療情報等について

- 23 不妊期間（ 年 カ月 ）
- 24 避妊期間（ 年 月 ～ 年 月 ）
- 25 結婚歴（ 結婚年齢 歳 、 結婚 西暦 年 月 日 ）
- 26 初婚・再婚（ 前妻との間に子供 なし ・ あり（ 人 ） ）
- 27 当院の内覧会に参加されたことはありますか？（ ない ・ ある（ 年 月 日 ） ）
- 28 今回受診された理由（ ）
- 29 当院で希望する治療（ ）
- 30 当院への希望（ 特に無い ・ ある（ ） ）
- 31 現在内服している薬・サプリメント（ ない ・ ある（ ） ）
- 32 性生活の頻度はどれくらいですか？ 一か月の性交回数（ 約 回 ）  
性交不可能の場合（ 具体的に： ）
- 33 性機能について当てはまることはありますか？（ ない ・ ある ）  
ある方（ 性欲がない ・ 勃起しない ・ 挿入できない ・ 膣内射精ができない ・ 射精しない ）  
その他（ ）
- 34 当院をどうやってお知りになりましたか？
- 医師からの紹介（ 病院名： 医師名： ）
- 友人・知人からの紹介（ 紹介者： 続柄： ）
- その他（ ）

ありがとうございました。記入が終わりましたら受付スタッフにお渡し下さい。