

男性問診票

本人	パートナー
フリガナ	フリガナ
氏名	氏名
生年月日 西暦 年 月 日 (歳)	生年月日 西暦 年 月 日 (歳)
携帯番号: 自宅:	携帯番号:
ご住所 〒	ご住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ 〒
ご職業	ご職業
国籍 日本・その他 ()	国籍 日本・その他 ()
血液型 (型) (R h + ・ - ・ 不明)	血液型 (型) (R h + ・ - ・ 不明)
身長 (cm) 体重 (k g)	身長 (cm) 体重 (k g)

治療について

- 今回の治療目的 (挙児希望・精液検査・感染症検査・他院からの紹介)
- 採血や検査、薬剤で気分が悪くなったことはありますか ない・ある
ある方 (具体的に:)
- 奥様は当院を受診されていますか いいえ・はい
- 奥様は他院で治療を受けていますか いいえ・はい (タイミング・人工授精・体外受精)

基本情報・生活習慣について

- アレルギーはありますか ない・ある
ある方 (卵・大豆・アルコール・ラテックス・局所麻酔・その他 ())
- 薬剤のアレルギーはありますか ない・ある (具体的に:)
- 喫煙の習慣はありますか (電子タバコを含む) ない・ある (1日 本 / 喫煙開始年齢 歳から)
- 飲酒の習慣はありますか ない・ある (毎日・時々・たまに付き合い程度)
1回あたりの飲酒量 (ビール ・ 日本酒 ・ 焼酎 ・ ワイン を mlくらい)
- 現在、薄毛治療で服用されている薬剤はありますか ない・ある (薬剤名:)
- 性機能について当てはまることはありますか
(性欲がない・勃起しない・挿入できない・腔内射精ができない・射精しない)

現病歴・既往歴について

- 1 これまでにかかった病気 ない・ある（高血圧・糖尿病・喘息・血栓症・甲状腺疾患・心臓病・膠原病・がん・腎臓病・精神疾患・眼科疾患・その他（ ））
上記の病名で服用されている薬剤はありますか ない・ある（薬剤名： ）
- 2 これまでに感染症と診断されたことがありますか ない・ある
ある方（B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV/エイズ・クラミジア・その他： ）
上記の診断で治療を受けたことはありますか ない・ある（ ）年頃、治療済み・治療未）
- 3 これまでに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）
- 4 これまでに精巣生検・精巣内回収（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： ）
- 5 これまでに放射線治療・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： ）
- 6 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（具体的に： ）
- 7 おたふくかぜにかかったことはありますか ない・ある
ある方（ ）歳頃、睾丸が腫れた・睾丸症状なし）
- 8 これまでに手術をされたことがありますか ない・ある（詳細を下記にご記入ください。）

	病名	手術名	病院名
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

家族歴

- 1 血縁者に3回以上流産を繰り返している方はいらっしゃいますか いない・いる
- 2 ご家族に下記の既往歴の方はいらっしゃいますか
いない・いる（高血圧・糖尿病・血栓症・がん） 続柄：

アンケート

- 1 当院の内覧会に参加されたことはありますか ない・ある
- 2 当院への通院のきっかけについて
- 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。