

## 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: )
- 性功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 )

### 結婚歴について

- 結婚歴 ( 初婚 ・ 再婚 / 子ども 人 )

## 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。