

生殖医療外来 問診票 (男性用)

当院では、ご提供頂いた個人情報は医療サービスの提供・医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます。

患者様の個人情報が外部に漏れることはありません。

ふりがな 本人氏名：	本人 生年月日：昭和・平成 年 月 日 (歳)	
ふりがな 妻氏名：	妻の診察券番号	妻の生年月日および年齢 昭和 平成 年 月 日 (歳)
ご連絡先：〒 _____ _____		
TEL (自宅)： _____ (携帯)： _____		
メールアドレス： _____		
※当院より電話・郵送で連絡する場合、病院名を告げてよろしいですか (はい・いいえ)		
ご職業 (具体的にご記入下さい)：		
身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI (こちらで計算します) _____ 血液型 _____ 型 Rh (+ ・ -)		

来 院 目 的	<p>1. 本日はどのような目的で来院されましたか。 ※複数選択可</p> <p><input type="checkbox"/> 相談希望</p> <p><input type="checkbox"/> 他の施設で治療していたが、病院を変えたい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> プライダルチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 検査希望 (精液検査 ・ 不育症検査 ・ その他 [_____])</p> <p><input type="checkbox"/> 治療希望 (タイミング療法 ・ 人工授精 ・ 体外受精または顕微授精)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>
結 婚	<p>2. あてはまる口に✓をつけ、必要事項を記入して下さい。</p> <p>① <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 婚約中 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 事実婚</p> <p>② この度、ご結婚された時の年齢： 本人 _____ 歳 妻 _____ 歳</p> <p>③ 本人：初婚 (平成 年 月) 再婚 (平成 年 月) 再々婚 (平成 年 月)</p> <p>④ 妻 (パートナー)： <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 再々婚 (<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居)</p> <p>⑤ 避妊期間： なし・あり (平成 _____ 年 _____ 月 ~ 平成 _____ 年 _____ 月まで _____ 年 _____ ヶ月)</p> <p>⑥ 不妊期間 (避妊をせず、妊娠を希望してからの期間)： 平成 _____ 年 _____ 月 ~ 平成 _____ 年 _____ 月まで _____ 年 _____ ヶ月</p>
生 活 習 慣	<p>3. 生活習慣・既往歴についてご記入して下さい。</p> <p>① 薬や食物のアレルギーはありますか。 いいえ・はい (薬品または食品名： _____)</p> <p>② 喘息はありますか。 いいえ・はい (現在治療中・治療なし・発作時のみ治療)</p> <p>③ 現在内服している薬はありますか。 いいえ・はい (薬品名： _____)</p> <p>④ 飲酒の習慣はありますか。 いいえ・はい (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 _____ ml/日 ビール・日本酒・ワイン・焼酎・その他 _____)</p> <p>⑤ 喫煙の習慣はありますか。 いいえ・はい (_____ 本/日)</p>

裏面もご記入下さい。

既往歴

- ⑥ 下記のような症状や病気を経験したことがありますか。
- ・がん（ ）・ 心疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 甲状腺疾患
 - ・自己免疫疾患（リウマチなど） ・ 結核 ・ てんかん ・ 精神疾患
 - ・感染症（B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ クラミジア ・ 性器ヘルペスなど）
 - ・停留睪丸 ・ おたふくかぜ（思春期以降で） ・ 39度以上の発熱（思春期以降で）
 - ・睪丸を打って腫れた ・ 陰嚢水腫 ・ その他（ ）
- ※気になる症状がありましたら、お書きください

⑦ 上記の既往歴について詳しくご記入下さい。

病名	年齢	入院の有無	手術の有無	病院名	経過
	歳	あり・なし	あり・なし		治療なし・治療中 経過観察中
	歳	あり・なし	あり・なし		治療なし・治療中 経過観察中

性能

4. 以下の質問にお答え下さい。

- ① これまでに精液検査を受けたことがありますか。
- 受けたことがない
- 受けたことがある（検査日：H_____年____月、施設名：_____）
- 検査結果： 正常 ・ 数が少ない ・ 運動率が悪い ・ 動きが弱い ・ 精子がない
- その他（_____）
- ② これまでに抗がん剤治療や放射線治療を受けたことがありますか。
- 受けたことがない
- 受けたことがある（治療時期：_____年____月～_____年____月、施設名：_____）
- その時の病名：_____
- ③ 性欲： ある ・ あまりない ・ 全くない
- ④ 性交渉： 普通にできる（1カ月に_____回） ・ 困難である
- ⑤ 勃起： する ・ しない
- ⑥ 射精： （膣内で） できる ・ できない
- （マスターベーションで） できる ・ できない
- ⑦ これまでに不妊治療を受けたことがありますか。
- 受けたことがない
- 受けたことがある（施設名：_____）
- タイミング法 人工授精 体外受精 顕微授精
- 精巣内精子回収法（TESE、またはMD-TESE等） その他（_____）

ご記入ありがとうございました。