

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： 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 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 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 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)： _____ 年 _____ 月 ~ _____ 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）
- ・停留睾丸 ・ 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）
- ・睾丸を打って腫れた ・ 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 |

性機能

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：_____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ヵ月に_____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。