

# 男性不妊問診票

20 年 月 日

(正確にご記入ください)

ID

ID 1/2ページ

ふりがな			生 年 月 日	血液型	
氏 名			昭・平 年 月 日 歳	型	
現住所	〒 (      -      )			初診同意書	
住民票の場所	和歌山市      ・      その他 (      )			R	
出生地	府・県      市      町				
携帯電話			自宅Tel		
職 業	( 事務職・半事務的半肉体労働・肉体労働 )		職種		
				身長	体重

あなたの治療を行う上で必要な情報になりますので○又は記入にて正確にお答え下さい。  
すべての個人的秘密は厳重に守ります。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意します      はい・いいえ
- 紹介状はお持ちですか      はい：医療機関名      いいえ
- 他の医療機関に通院していますか      はい・いいえ  
医療機関名：      受診日：  
治療内容：
- 他の医療機関で処方されている薬はありますか(マイナ保険証による情報取得に同意した方は1カ月以内の記載省略可)      はい・いいえ  
医療機関名：      受診日：  
治療内容：
- 1年以内に特定健診を受診されましたか(マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載省略可)      はい・いいえ  
受診時期：      指摘事項：
- 今回の受診目的を教えてください  
検査目的・治療目的・相談(      )
- パートナーの方の      お名前      年齢      歳      血液型      型
- パートナーは現在不妊治療をしていますか      はい(当院・他院通院中：病院名      )      いいえ
- 現在の健康状態について      あなた      健康・否(病名      )  
      パートナー      健康・否(病名      )
- 現在の結婚について      あなた      未婚・初婚・再婚 / 子供      あり      人      なし  
      パートナー      未婚・初婚・再婚 / 子供      あり      人      なし
- 結婚してからの年数      年      もし避妊をしていたらその期間 (      年      ヶ月)
- たばこは吸いますか      はい(      本/日 ) ・ 以前吸っていたがやめた(      年前まで ) ・ いいえ  
※喫煙は精子に悪影響があるため治療をお断りしています。禁煙してから治療を開始します。
- 飲酒はされますか      はい( 毎日 ・ ときどき ・ たまに )      いいえ  
何を：      どれ位の量のみますか：
- 趣味について      スポーツ(      )      温泉・サウナ      自転車・バイクツーリング      その他(      )
- 常用しているサプリメントはありますか      はい・いいえ  
はいの方はどのような薬ですか (      )
- 育毛剤を服用していますか      はい(薬品名      )      いいえ
- 勃起不全改善薬を服用していますか      はい・いいえ  
はいの場合      バイアグラ      レビトラ      シアリス      その他(      )
- 今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか      はい・いいえ  
はいの場合      その内容は (      )
- 今までに採血、検査、注射で気分が悪くなったり、気を失ったことがありますか      はい・いいえ  
はいの場合      その内容は (      )

- 20 今までホルモン剤を使用したことがありますか はい・いいえ  
 はいの場合 その内容は ( )
- 21 今までに手術を受けたことはありますか はい(病名: )・いいえ  
 手術名( ) 治療内容( )
- 22 今までに泌尿器科を受診したことがありますか はい・いいえ  
 はいの場合 その内容は ( )
- 23 今までに精液検査を受けたことがありますか  
 はい ( 正常・精子が少ない・精子がない・精子運動率が不良・奇形精子が多い ) いいえ  
 いつ頃 病院名
- 24 現在の性欲 ( つよい・ふつう・よわい )  
 性交回数 週 回 又は 月 回 射精回数 週 回 又は 月 回  
 性交は満足に遂行できますか はい・いいえ
- 25 ヒゲをそる頻度は ( 毎日・週 回・月 回 )
- 26 過去および現在の職業で次の物質や環境に接することはありますか いいえ  
 はい ( 鉛・水銀・砒素・一酸化炭素・カドミウム・高熱環境・低温環境  
 放射能・酸素不足の状態・有機溶剤・農薬・その他化学物質 )
- 27 はじめて陰毛が生え、声変わりした年齢 歳 または ( 中学・高校 年)
- 28 はじめて射精(夢精)を経験した年齢 歳 または ( 中学・高校 年)
- 29 睾丸をけられたり、ボールがあたったりしたことはありますか はい・いいえ
- 30 学童期にクラスで背は ( 高いほうだった・中ぐらいだった・低いほうだった )
- 31 幼少期から今までにかかった病気に○をつけて下さい(入院や手術を要する病気を含む)

はしか	おたふくかぜ	百日咳	水痘	睾丸炎
インフルエンザ	猩紅熱	ジフテリア	クラミジア	停留精巣
風疹	肺炎	結核	神経疾患	ソケイヘルニア
梅毒	淋病	糖尿病	精神科疾患	がん
心疾患	腎臓疾患	肝疾患	外傷・交通事故	抗がん剤 有・無
内分泌疾患	皮膚科疾患			

- 32 出生時における両親の年齢は 父 歳・母 歳
- 33 御家族の方で病気の方はいらっしゃいますか (自分の両親や兄弟)  
 はい 誰が( ) 病名( ) いいえ
- 34 あなたを含んで生存兄弟姉妹 計 人 あなたはそのうち 番目
- 25 死産された兄弟はありますか はい 人・いいえ
- 36 結婚して子供のいない兄弟姉妹はいらっしゃいますか はい・いいえ
- 37 御家族に遺伝的な病気はありますか はい(病名 ) いいえ
- 38 血族結婚はありますか はい・いいえ
- 39 当院をなにでお知りになりましたか  
 主治医から紹介 知り合いから聞いた(どなた: )  
 インターネット タウンページ 広告 エバグリーン 前をとおりかかって
- 40 お子さんは何人希望ですか 人
- 41 最後になにが聞きたいことがあればご記入下さい