

# 男性不妊問診票

年 月 日

(正確にご記入ください)

ID

ID

|        |                               |  |             |       |
|--------|-------------------------------|--|-------------|-------|
| 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 (      ) |  |             | H     |
| 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。

- 今回の受診目的を教えてください  
検査目的・治療目的・精子凍結保存・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
- 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(      )
- 常用している薬や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 (      )
- 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 (      )
- 今までに手術を受けたことはありますか はい(手術名      ) いいえ
- 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 (      )
- 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

- 18 現在の性欲 ( つよい ・ ふつう ・ よわい )
- 19 性交回数 週 回 又は 月 回
- 20 射精回数 週 回 又は 月 回
- 21 性交は満足に遂行できますか はい ・ いいえ
- 22 ヒゲをそる頻度は ( 毎日 ・ 週 回 ・ 月 回 )
- 23 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  
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 )  
いいえ
- 24 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)
- 25 はじめて射精(夢精)を経験した年齢 歳 または ( 中学 ・ 高校 年)
- 26 はじめて性交を経験した年齢 歳 または 未経験
- 27 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
- 28 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 )
- 29 幼少期から今までにかかった病気に○をつけて下さい

|  |         |  |        |  |       |  |         |  |          |
|--|---------|--|--------|--|-------|--|---------|--|----------|
|  | 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  |  |       |  |         |  |          |

- 30 出生時における両親の年齢は 父 歳 ・ 母 歳
- 31 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
- 32 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
- 33 死産された兄弟はありますか はい 人 ・ いいえ
- 34 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
- 35 御家族に遺伝的な病気はありますか はい (病名 ) いいえ
- 36 血族結婚はありますか はい ・ いいえ
- 37 当院をなにでお知りになりましたか  
主治医から紹介(医療機関: ) 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
- 38 最後になにか聞きたいことがあればご記入下さい