

## 問診票〈男性用〉

ID:.....

パートナーID:.....

記入日:20.....年.....月.....日

フリガナ

氏名.....様 年齢.....才 生年月日(西暦).....年.....月.....日

身長.....cm 体重.....Kg 職業..... 携帯電話番号.....

〒

住所.....

フリガナ

パートナー 氏名.....様 年齢.....才 生年月日(西暦).....年.....月.....日

〒

住所(本人と異なる場合).....

結婚.....年目 不妊期間(子供を作ろうとしているが妊娠しない期間)およそ.....年.....ヵ月

### 【本日のご相談内容について】

検査 人工授精 体外受精 精子凍結 性交障害について その他(裏面にご記載下さい。)

### 【嗜好・アレルギーなど】

飲酒 なし あり(毎日・週に2~3回・たまに) 以前飲酒していた

喫煙 なし あり(.....本/日×.....年間)

以前喫煙していた(禁煙後.....ヶ月/年 喫煙中は1日.....本吸っていた)

薬剤アレルギー なし あり 薬剤名..... 症状.....

食物アレルギー なし あり 薬剤名..... 症状.....

### 【既往歴について】

おたふくかぜにかかったことがありますか

ある(.....歳頃) ない わからない

停留精巣や脱腸(そけいヘルニア)手術を受けたことがありますか

ある(.....歳頃) ない わからない

精巣を強く打撲した、背骨/骨盤の骨折などをしたことがありますか

ある(病名.....:.....歳頃)

ない

上記以外に精巣や精管や前立腺の手術を受けたことがありますか

ある(.....歳頃 手術名.....)

ない わからない

裏面への記載もお願い致します。

【既往歴について 続き】

下記の病気にかかったことがありますか

ある【クラミジア ・ 淋菌 ・ 尿道炎 ・ 精巣上体炎 ・ 前立腺炎】

( .....歳頃 治療は【 した ・ していない 】 ) ない わからない

その他

病名.....( .....年.....月.....才頃) ( 治癒 ・ 治療中 ・ 手術 )

内服薬 なし ・ あり ( .....)病院名(.....)

病名.....( .....年.....月.....才頃) ( 治癒 ・ 治療中 ・ 手術 )

内服薬 なし ・ あり ( .....)病院名(.....)

病名.....( .....年.....月.....才頃) ( 治癒 ・ 治療中 ・ 手術 )

内服薬 なし ・ あり ( .....)病院名(.....)

【検査について】

今まで精液やホルモンなどの検査を受けたことがありますか

ある( .....年.....月頃) →結果 異常あり 異常なし(.....)

ない

最近 1 年以内に一般的な健康診断(会社の健診や人間ドック)などは受けましたか

受けた( .....年.....月頃)→結果 異常なし 要指導 要精査／治療

1 年以上前に受けた( .....年.....月頃)

今まで受けたことがない

【過去婚姻歴など】

①過去に婚姻関係または事実婚関係にあった方がいましたか【 はい ・ いいえ 】

(①が)はいの方⇒②過去にその方との間にお子様を授かったことがありますか【 はい ・ いいえ】

(②が)はいの方⇒ 自然妊娠 ・ 不妊治療をしていた [ 人工授精 ・ 体外受精 ・ わからない ]

(②が)いいえの方⇒ 避妊をしていた ・ 避妊はしていなかったができなかった ・ 育児希望があったができなかった

【性機能について】

悩んでいること、相談したいことはありますか

ない ある→ 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

射精感はあるが精液が出ない その他(.....)

・ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい・いいえ)

何かございましたらご自由にお書き下さい

ご協力ありがとうございました。

北くまもと井上産婦人科医院 リプロダクション部門