

生殖医療（リプロダクション）外来 男性用問診票

当院のID（当院にて記入します_____）^{ふりがな}氏名_____身長_____cm 体重_____kg
生年月日_____年_____月_____日 電話番号_____

お客様のID（当院にて記入しますが、取得済みならご記入ください）^{ふりがな}氏名_____

1) 結婚歴についてお尋ねします

- 1 現在結婚している：結婚年齢_____歳（西暦_____年_____月）子供は_____人
- 2 離婚して再婚した：離婚（西暦_____年_____月）
再婚（西暦_____年_____月）前妻との間に子供は_____人 妊娠歴 あり・なし
現在の妻との間に子供は_____人 3 婚約中 4 独身
お子様の年齢_____歳 妊娠法（ 自然妊娠 、 タイミング法 、 人工授精 、 体外受精 、 顕微授精 ）

2) ご職業（具体的に_____）

勤務先の場所（例：東京新宿区、ふじみ野市内、鶴瀬駅前など _____）

勤務曜日：_____

勤務時間：曜日ごとに異なればその旨お書き下さい_____

出張や夜勤の頻度についてお書きください_____

3) 嗜好品・月に1回以上の頻度で使用している薬、サプリメント（漢方薬も含む）を教えてください

- 1 タバコ：吸う（_____歳から1日_____本）、吸わない
- 2 飲酒：飲む（毎日飲む、週_____日飲む、時々飲む）量と種類_____ 飲まない
- 3 お薬・サプリメント（漢方薬も含む）をおしえてください。_____
- 4 発毛剤・育毛剤：（ 使用している ・ _____年 _____月まで使用していた ・ 使用していない ）

5) 薬アレルギーはありますか（ いいえ・はい：薬名 _____ ）

4) 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 1 ある（_____年_____月頃） 2 ない 結果：1.異常なし 2.異常あり（_____）

5) 現在、他の病院で精密検査あるいは治療を受けている病気はありますか

- 1 ある（病名：_____ 歳頃から、あるいは西暦_____年_____月頃から 2 ない

6) おたふくかぜにかかったことがありますか

- 1 ある（_____歳頃） 2 ない 3 分からない
そのとき睾丸が腫れましたか i 腫れた ii 腫れなかった iii 分からない

7) 停留睾丸や脱腸（鼠径ヘルニア）の手術を受けたことがありますか

- 1 ある（_____歳頃） 2 ない 3 分からない

8) 上記以外で、睾丸や精管や前立腺の治療（炎症、腫瘍、強い打撲）を受けたことがありますか

- 1 ある（_____歳頃） 2 ない 3 分からない

9) クラミジアや淋病と診断されたり、尿道炎にかかったことがありますか

- 1 ある（_____歳頃） 2 ない 3 分からない

10) 蓄膿症、気管支拡張症、慢性気管支炎にかかったことがありますか

- 1 ある（_____歳頃） 2 ない 3 分からない

11) 放射線治療や抗がん剤治療を受けたことがありますか

- 1 ある（_____歳頃） 2 ない 3 分からない

12) 性機能について悩んでいること、相談したいことがありますか

- 1 ある：性欲がない・勃起しない・挿入できない・膣内射精ができない・射精しない・射精感はあるが精液が出ない・
その他（_____） 2 ない

今後、外来で行なっていきたいこと、あるいは行ないたくないことなど、ご要望がございましたら以下の余白にご自由にお書きください