

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

奥様の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) 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) 性功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