

問診票

年 月 日

この問診票は、診療をよりよいものにするために参考とさせていただきます。お分かりになる範囲でご記入下さい。

フリガナ		フリガナ
氏名(夫)		氏名(妻)
生年月日	西暦 / S・H 年 月 日生 (歳)	西暦 / S・H 年 月 日生 (歳)
身長: cm 体重: kg		
I	結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚 (西暦 / S・H 年 月) <input type="checkbox"/> 再婚 (西暦 / S・H 年 月) / 前妻との間に妊娠はありましたか? はい・いいえ <input type="checkbox"/> 未婚 (西暦 / S・H 年 月結婚予定)
II	今回受診された理由 (該当する箇所すべてにチェック☑してください。)	<input type="checkbox"/> なかなか妊娠しない <input type="checkbox"/> 性生活がうまくいかない <input type="checkbox"/> 精液検査希望/本日迄の禁欲期間(日) <input type="checkbox"/> 他院より紹介 (紹介状: あり・なし) <input type="checkbox"/> その他 []
III	不妊検査・治療について (差し支えなければ、治療された病院がありましたらお書き下さい。)	
	妊娠を希望してからどのくらいの期間が経過していますか? 年 月	
	または、治療を始めてからどのくらい期間が経過しています 年 月(病院名)	
	今までに受けたことのある検査・治療にチェック☑をお願い致します。	
	<input type="checkbox"/> 精液検査 異常なし・異常あり (検査日 年 月 /病院名) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 異常なし・異常あり (検査日 年 月 /病院名) <input type="checkbox"/> 染色体検査 異常なし・異常あり (検査日 年 月 /病院名) <input type="checkbox"/> タイミング 回 (病院名:) <input type="checkbox"/> 人工授精 回 (病院名:) <input type="checkbox"/> 体外受精 回 (病院名:) <input type="checkbox"/> 顕微授精 回 (病院名:)	
IV	性機能について	
	性欲はありますか?	はい・いいえ
	勃起しますか?	はい・いいえ
	射精しますか?	はい・いいえ
	性交渉は()週間に()回ほど	
①	男性不妊として治療をうけたことがありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃)
②	39℃以上の熱が出たことがありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 :
③	性病にかかったことがありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 :
④	睾丸を打って腫れた事がありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃)
⑤	幼少時、睾丸の手術をしたことがありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 :
⑥	鼠径ヘルニア(脱腸)の手術をしたことがありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃)
⑦	睾丸の袋(陰囊)に水が溜まったことがありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃)
⑧	その他、入院手術を要する怪我や病気にかかったことがありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 : いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 :
⑨	副腎皮質ホルモン剤(ステロイド)を長期に使用したことがありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑩	アレルギーと言われたことはありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑪	心臓病・不整脈と言われたことはありますか?	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 治療中(薬品名;) ・現在治療なし
⑫	現在治療中の病気はありますか? その病気について飲まれている薬がある場合はご記入ください。	はい・いいえ いつ頃 :西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 病名 : 薬品名 :
⑬	喫煙していますか? 同居のご家族で喫煙されている方はいますか?	はい・いいえ 本数:約 本/1日 期間(年間) はい・いいえ 妻・両親・その他()
⑭	受診のきっかけについて <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 友人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> 妻からのすすめ <input type="checkbox"/> その他()	

ご記入ありがとうございました。受付にお出しください。