

生殖医療（リプロダクション）外来 男性用問診票

当院のID（当院で記入します_____）^{ふりがな}氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 電話番号 _____ ^{ふりがな}奥様氏名 _____
 〒 _____ 住所 _____

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
 子供は _____ 人 妊娠法（ 自然妊娠、タミツ法、人工授精、体外受精、顕微授精 ）
- 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
- 3 婚約中 4 独身

2) ご職業： _____ 勤務先の場所： _____
 勤務曜日、時間、出張等頻度： _____

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 喫煙：吸う（ _____ 歳から 1日 _____ 本）→紙たばこ・IQOS・PloomTECH・Glo/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（抗うつ剤や糖尿病薬も含む）・サプリメント（漢方薬も含む）を教えてください

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

4) 薬や食べ物のアレルギーはありますか いいえ ・ はい : 名 _____

5) 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（ _____ ）

6) 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

7) 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
 1 の方：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

8) 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

9) 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

10) クラミジアや淋病、梅毒と診断された、または尿道炎にかかったことがありますか

1 ある（病名 _____ 歳頃） 2 ない 3 分からない

11) 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

12) 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

13) 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・勃起が維持できない・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

14) マスターベーションを含めた射精頻度を教えてください 週に（1回もない/1~2回/3~4回/5回以上）

15) 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による情報取得に _____ 同意する ・ _____ 同意しない

今後、外来で行なっていききたいこと、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