

生殖医療（リプロダクション）外来 男性用問診票 2021.5.12.

当院のID（当院にて記入します \_\_\_\_\_）<sup>ふりがな</sup>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）<sup>ふりがな</sup>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、梅毒と診断されたり、尿道炎にかかったことがありますか

- 1 ある（病名 \_\_\_\_\_ 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