男性問診票

日付＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　ID ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　西暦＿＿＿＿年＿＿月＿＿日＿＿才
住所〒＿＿＿-＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Tel＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
職業・職種（　　）

来院の目的は何ですか？チェックを付けて下さい。
□不妊相談　□性機能障害相談　□精液所見不良　□ブライダルチェック
□その他（　　）

結婚の有無　有り　・　未婚　・　入籍予定（西暦　　年　　月結婚予定）

奥様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　西暦＿＿＿＿年＿＿月＿＿日＿＿才
ご結婚されたのはいつですか？　西暦＿＿＿＿年＿＿月＿＿日＿＿才
不妊期間は？＿＿＿＿年＿＿＿ヵ月

★この問診票は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

身長＿＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿＿kg
本日精液検査をするとしたら、禁欲期間はだいたい（　　日）

※以下の質問に該当するものに〇をつけて下さい。
性機能についてお尋ねします。
・性欲はありますか？　ある　・　ない
・勃起しますか？　する　・　しない
・射精しますか？　する　・　しない
・性行為は一週間に＿＿＿＿回
・精液検査を受けたことがありますか？　ある　・　ない
・男性不妊としての治療をうけたことがありますか？　ある　・　ない
・39 度以上の熱が出たことがありますか？　ある　・　ない
・性病にかかったことがありますか？
ある（具体的に　　）　・　ない
・睾丸が腫れたり、泌尿器科の手術をしたことがありますか？
ある（　　）　・　ない
・入院手術を要する病気になったことがありますか？
ある（　　）　・　ない
・以下の病気にかかったことがありますか？
結核　・　糖尿病　・　おたふくかぜ

裏面も記入してください。

・ステロイド剤、育毛剤、精神科の薬を使ったことがありますか？

ある（薬品名：　　）　・　ない

・現在服用中の薬やサプリがありますか？

ある（薬品名：　　）　・　ない

・アレルギー体質または体に合わない薬がありますか？

ある（薬品名：　　）　・　ない

・健康診断で異常を指摘されたことがありますか？

ある（診断名：　　）　・　ない

・タバコを吸いますか？　　吸わない・吸う（　　本/日　×　　年）

・お酒を飲みますか？　　飲まない・飲む（　　合/日　×　　年）

・睡眠時間はどれくらいですか？　　約（　　）時間