

男性初診問診票

《注意事項》

- 印刷は、1ページにつきA4用紙に1枚で印刷してください（**縮小印刷**、**裏表印刷**は**不可**）
カラーコピーでなくても問題ございません
- 色のついているところにご記入いただき、選択肢があるものは○で囲ってください
- 日付は、**すべて西暦**でご記入ください

※ご記入いただいた個人情報は、診察以外に使用することはありません
診察を正確に行わさせていただくために、基本情報ならびに治療歴などにお答えください

1 基本情報

【ご本人】

※全て必須※

フリガナ	姓		名						
氏名(姓・名)									
生年月日(西暦)		年		月		日	年齢		歳
職業		勤務地							
		※都道府県/市区までご記入ください							
住所	(〒 -)								
	※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか								
	はい いいえ								
携帯電話番号									
自宅電話番号									
	※自宅電話番号へご連絡する際、当院名をお伝えしてもよろしいですか								
	はい いいえ								
メールアドレス									

奥様は当院をすでに受診されていますか

はい いいえ

【妻(パートナー)】

ID		※奥様が先に受診されている場合は、診察券番号もご記入ください							
フリガナ	姓		名						
氏名(姓・名)									
生年月日(西暦)		年		月		日	年齢		歳
職業									

2 男性問診票

当院にご予約されたきっかけ(選択)

医師の紹介*	知人の紹介*	ホームページ
坂口院長ブログ	院長パーソナルサイト	Google・Yahoo!検索
雑誌/本	YouTube	その他*

*マークがあるものを選択された方は(医療機関名・医師名、紹介者名など)をご記入ください

当院で希望する治療内容(選択)

検査	タイミング法	人工授精
体外受精/顕微授精	精子凍結	セカンドオピニオン
その他()		

ご自身のことについて

身長(整数)

 cm

体重(整数)

 kg

BMI

出身地

喫煙歴はありますか

 なし 現在あり 過去あり

— 「現在あり」の方お答えください

 歳から 1日 本

— 「過去あり」の方お答えください

 歳から 歳まで 1日に 本

飲酒の習慣はありますか

 はい いいえ 頻度

— 量についてお答えください

1日に を 杯くらい

日常生活で以下の物質や環境に接することがありますか(過去も含)

鉛	亜鉛	ヒ素	一酸化炭素	カドミウム	有機溶剤
高温環境	低温環境	放射能	酸素不足状態		

睡眠は良好ですか

 普通 悪い

ヒゲを剃る頻度について

 毎日剃る 回/週剃る ほとんど剃らない

初めて陰毛が生え、声変わりしたのはいつですか

 歳 不明

初めて射精(夢精)したのはいつですか

 歳 不明

勃起はしますか

 する しにくい 全くしない

射精しますか

 する しにくい 全くしない

射精の頻度

 回/週射精する 月に1~2回 ほとんどしない

ご自身のことについて(続き)

現在の排尿状況について	<input type="text"/> 回/1日	夜間排尿回数	<input type="text"/> 回
尿の勢い	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし	
残尿感	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし	
尿意があるのに出にくい	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし	
トイレに間に合わない	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし	
便通は良好ですか	<input type="text"/> 普通	<input type="text"/> 悪い	

3 婚姻歴と性生活について

ご結婚されていますか	<input type="text"/> はい(初婚 再婚) <input type="text"/> いいえ(離婚 事実婚 婚約 独身)		
ご結婚してからの年数は	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> ヶ月	結婚年齢 <input type="text"/> 歳
現在のご結婚で避妊されていた場合の期間	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> ヶ月	
現在の奥様との間にお子さまは	<input type="text"/> あり(<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 歳) <input type="text"/> なし
現在の奥様以外との間にお子さまは	<input type="text"/> あり(<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 歳) <input type="text"/> なし
奥様は流産や死産をしたことはありますか	<input type="text"/> あり(流産: <input type="text"/> 回、死産: <input type="text"/> 回)		<input type="text"/> なし
性交渉に支障がありますか	<input type="text"/> はい <input type="text"/> いいえ		

— 「はい」の方は詳細をご記入ください

性交渉の頻度	<input type="text"/> あり <input type="text"/> 全くなし				
— 性交渉の頻度「あり」の方	<input type="text"/> 週	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 年	あたりに	<input type="text"/> 回くらい
— 性交渉の頻度「全くなし」の方	<input type="text"/> 結婚当初から <input type="text"/> 数年前から		<input type="text"/> 年前から		

奥様について

過去にかかったおおきな病気はありますか	<input type="text"/> あり <input type="text"/> なし	
— 「あり」の方は詳細をご記入ください		
<input type="text"/> 歳	病名	: <input type="text"/>
<input type="text"/> 歳	病名	: <input type="text"/>

産婦人科への受診歴はありますか	<input type="text"/> あり <input type="text"/> なし	
— 「あり」の方は病院名、クリニック名をご記入ください		

異常はありましたか	<input type="text"/> あり <input type="text"/> なし	
— 「あり」の方は詳細をご記入ください		

4 現状歴、既往歴、家族歴について

薬剤や食べ物で症状(アレルギーなど)がでたことがありますか

はい いいえ

－ 「はい」の方は詳細をご記入ください

原因物質	症状
①	
②	
③	
④	

既往歴について

生まれてから今までにかかった病気、治療に をつけその時の年齢もご記入ください

39℃以上の熱が出たことがありますか

あり なし

睾丸を打って腫れたことがありますか

あり なし

<input type="checkbox"/> 停溜睾丸の手術	右 左 両方		歳	<input type="checkbox"/> B型肝炎・C型肝炎		歳
<input type="checkbox"/> 陰嚢水腫の手術	右 左 両方		歳	<input type="checkbox"/> 精巣上体炎		歳
<input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニアの手術	右 左 両方		歳	<input type="checkbox"/> 肝機能障害		歳
<input type="checkbox"/> 睾丸の外傷	右 左 両方		歳	<input type="checkbox"/> 結核		歳
<input type="checkbox"/> 精巣腫瘍			歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病		歳
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ			歳	かかった時に睾丸が	腫れた 腫れてない 不明	
<input type="checkbox"/> その他陰嚢部の病気、手術など	病名 :					歳
<input type="checkbox"/> パイプカット手術			歳	<input type="checkbox"/> 心臓病		歳
<input type="checkbox"/> 梅毒			歳	<input type="checkbox"/> 高血圧		歳
<input type="checkbox"/> 前立腺炎			歳	<input type="checkbox"/> 不整脈		歳
<input type="checkbox"/> クラミジア尿道炎			歳	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・麻痺		歳
<input type="checkbox"/> 嗅覚異常			歳	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍		歳
<input type="checkbox"/> 放射線治療			歳			
<input type="checkbox"/> 抗がん剤治療			歳			

その他病気、手術などありましたら具体的にご記入ください

ご家族について

あなたが生まれた時のご両親の年齢

父： 歳 母： 歳

兄弟姉妹は、あなた入れて何人ですか

計 人 男 / 女 あなたは 番目

兄弟姉妹の中で既婚で実子のいない方

あり(兄弟姉妹) なし

家族に遺伝的な病気の方はいらっしゃいますか

あり なし

— 「あり」の場合、詳しく(病名など)ご記入ください

お薬・サプリメントについて

現在内服中のお薬がありましたら、○でチェックをください

あり なし

抗ヒスタミン剤 胃薬 風邪薬 ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)
 プロペシア(脱毛治療剤) (年 月 ~ 年 月)
 その他具体的にご記入ください()

現在内服中のサプリメントがありましたら、内服期間と量をご記入ください

サプリメント名	内服期間	量
マカ	年 月 ~ 年 月	
亜鉛	年 月 ~ 年 月	
ビタミンC	年 月 ~ 年 月	
ビタミンE	年 月 ~ 年 月	
その他()	年 月 ~ 年 月	

5 治療歴・検査結果

今までに不妊症の検査をしましたか

あり なし

不妊治療期間

年 月頃から(現在 / 年 月頃まで)

不妊治療歴

タイミング法

人工授精

採卵

胚移植

TESE

回

回

回

回

回

精液検査を受けたことがありますか

あり なし

男性不妊として治療を受けたことがありますか

あり なし

【ご本人】

	採血(西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	(-) (+)
C型肝炎 (HCV)	<input type="text"/>	(-) (+)
B型肝炎 (HBsAg)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (PRP)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	(-) (+)
血液型	A B O AB	(-) (+)

【妻(パートナー)】

	採血(西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	(-) (+)
C型肝炎 (HCV)	<input type="text"/>	(-) (+)
B型肝炎 (HBsAg)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (PRP)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	(-) (+)
血液型	A B O AB	(-) (+)