

不妊問診票（男性用）

初診日 _____ カルテ No. _____

住所 _____ TEL _____ 携帯 _____

フリガナ

お名前 _____ 様 _____ 歳

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. あなたのご職業は (_____)

身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

以下、該当する項目に○を付けて下さい。また、必要事項を記載してください。

2. タバコは吸いますか？

1. 吸わない 2. 禁煙した _____ 歳から _____ 歳まで吸っていた

3. 吸う _____ 歳から 1日 _____ 本

3. お酒を飲みますか？

1. 全く飲まない 2. 飲む 毎日 週に _____ 回 月に _____ 回 たまに

4. 今までにかかった病気・受けた手術があればお書きください。

例) 停留精巣 手術した (右・左) (3才)

- ・ 停留精巣 (睾丸) 手術した (右・左) (才)
- ・ そ径ヘルニア 手術した (右・左) (才)
- ・ 陰嚢水腫 手術した (右・左) (才)
- ・ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) (才) ・ 急性虫垂炎 (才)
- ・ 副睾丸炎 (才) ・ 睾丸炎 (才) ・ 前立腺炎 (才) ・ 結核 (才)
- ・ 性病 (淋病・梅毒・クラミジア・その他) (才) ・ 糖尿病 (才)
- ・ その他 (_____) (才)

5. 薬のアレルギーはありますか？ ない・ある 薬剤名 (_____)

6. 本日、母子手帳はお持ちですか？ ない・ある

今までに、風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けたことがありますか？

ない ・ ある

あるの方 → (風しんワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン)

1 回目：接種年月日 (S・H 年 月 日)

2 回目：接種年月日 (S・H 年 月 日)

7. 現在の状態について

- ・健康状態： 良 ・ 不良 具体的にお書きください ()

- ・最近3か月以内に高熱や体調不良がありましたか？
ない ・ ある (病名)

- ・現在治療中の病気がありますか？ ない ・ ある ()
内服中の薬 ()

- ・男性型脱毛症の治療薬 フィナステリド (プロペシア)、デュタステリド (ザガーロカプセル) を内服していますか？ 内服していない ・ 内服している

- ・ストレス： ない ・ ある

- ・睡眠時間： 規則的 (時間) ・ 不規則 (~ 時間)

- ・性機能について相談したいことがありますか？
ない
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 ()