

男性不妊外来 初診時 問診表

初診日 平成 年 月 日 問診担当
入力担当

ふりがな

お名前 _____ さま 生年月日 S・H 年 月 日 _____ 歳 ご職業 _____

ふりがな

妻(彼女) _____ さま 生年月日 S・H 年 月 日 _____ 歳 ご職業 _____

ご住所 〒 _____

_____ mail-address _____ @ _____

ご連絡先 ※ お電話で“三宅医院”とお伝えすることは (OK ・ NO)

携帯 TEL. _____ - _____ - _____ 自宅 _____ - _____ - _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1) ご結婚 (未婚 ・ 初婚 ・ 再婚 : 夫 ・ 妻) ご結婚時の年齢 _____ 歳

2) 結婚期間 _____ 年 _____ 月 (子供がほしいと思っからの期間 約 _____ 年 _____ 月間)

3) 持病や通院・入院・手術の経験がありますか？ (ない ・ ある)

※ある方はいつ頃 _____ 歳頃 ・ 病名(糖尿病・手術名など)

・治療中・治療中断・完治 _____ ・現在服用中の薬 _____

※ おたふく風邪にかかったことがありますか？ (ワクチン摂取済 ・ ない ・ ある _____ 歳頃 ・ 不明)

※ 睾丸のはれ・けが・停留睾丸・ソケイヘルニア・パイプカット・性器感染症などの経験がありますか？ (ない ・ ある)

4) アレルギーがありますか？ (ない ・ ある)

・喘息 (小児期 ・ 現在) ・薬: _____ 食品: _____ その他: _____

5) 性欲はいかがですか？ (正常 ・ やや減退 ・ ほとんどない)

何か気がかりなことがありますか？ (勃起 ・ 射精 ・ 精液量 ・ その他)

6) 夫婦生活 (性交渉) の回数は月に何回くらいありますか？ (約 _____ 回 / 月)

7) 精液検査や泌尿器科の診察を受けたことがありますか？

(ない ・ ある _____ 年 _____ 月頃 _____ 回 ; 正常 ・ 数・運動率 異常あり)

8) 本日 精液検査をご希望ですか？ (いいえ ・ はい ※ ご希望の場合 禁欲期間はおよそ _____ 日間)

9) 喫煙習慣はありますか？ (ない・ある : 1日に約 _____ 本 _____ 年間 ・ _____ 年前より 本数減少 ・ 禁煙)

飲酒習慣はありますか？ (ない・ある : 毎日・週に _____ 回 ・ 1回 _____ ml _____ 本(ビール・チューハイ・ワイン・その他))

11) 妊娠に関わる経験がありますか？

(ない ・ ある _____ 回) 1回目 _____ 歳頃:現在の妻 ・ 過去の結婚時(他の女性):妻への告知は (ある ・ ない)

2回目 _____ 歳頃:現在の妻 ・ 過去の結婚時(他の女性):妻への告知は (ある ・ ない)

3回目 _____ 歳頃:現在の妻 ・ 過去の結婚時(他の女性):妻への告知は (ある ・ ない)

12) その他ご相談やご質問があればお書きください

※ 新しい情報などをお知らせする際、ダイレクトメールを送らせて
いただいてもよろしいでしょうか？ 【 はい・いいえ 】