

男性不妊症問診票

この問診票の内容は当院での診療目的以外に使用されることはありません。当院では個人情報の保護のため最大限に努力しており、電子カルテにつきましてもインターネットなどによる外部との接続は行っていません。



東京都渋谷区恵比寿南1-14-10 福隆ビル3F
電話：03-5768-7883

記入日 年 月 日

氏名

氏名(ふりがな)

年齢

才 初婚 再婚(前妻との間に子供は なし あり→ 人)

職業

(具体的に)

結婚期間

年 月

身長

cm

体重

Kg

- ・奥様は妊娠されたことがありますか？ なし あり
- ・奥様は流産されたことがありますか？ なし あり
- ・お子さんはいらっしゃいますか？
なし あり ⇒ 人(歳、 歳、 歳、 歳、 歳)
- ・奥様以外の女性を妊娠させたことがありますか？ なし あり
- ・避妊をしていない期間: 年 月
- ・今まで手術を受けたことがありますか？
いいえ はい ⇒ そ径ヘルニア 停留精巣(睾丸) 陰のう水瘤
パイプカット その他()
- ・精巣(睾丸)を打撲したり、怪我したことがありますか？ いいえ はい
- ・精巣(睾丸)がはれたことがありますか？
いいえ はい ⇒ 病名()
- ・おたふく風邪にかかったことがありますか？
いいえ
はい⇒精巣(睾丸)がはれましたか？ いいえ はい⇒右 左 両側
- ・高い熱を出したことがありますか？
いいえ はい ⇒ 病名()
- ・STD(性行為感染症)にかかったことがありますか？
いいえ はい ⇒ 尿道炎(淋病・クラミジア) ヘルペス
尖圭コンシローマ 梅毒
- ・のまれている薬やサプリメントがありますか？
いいえ はい ⇒ 名前()
- ・大きな病気にかかったことがありますか？
いいえ はい ⇒ 病名()

- ・持病がありますか？
□いいえ □はい ⇒ 病名()
- ・アレルギーがありますか？
□いいえ □はい ⇒ ()
- ・ご家族に遺伝性の病気はありますか？
□いいえ □はい ⇒ 病名()
- ・放射線治療を受けたことがありますか？
□いいえ □はい ⇒ 病名()
- ・抗癌剤の投与を受けたことがありますか？
□いいえ □はい ⇒ 病名()
- ・仕事で取り扱ったことがありますか？
□農薬(殺虫剤・除草剤など) □化学物質 □放射線 □取り扱ったことはない
- ・高熱の環境で働いたことがありますか？ □いいえ □はい
- ・タバコを吸いますか？ □いいえ □はい ⇒ (本/日を 年間)
- ・お酒は飲みますか？ □いいえ □はい ⇒ ()
- ・性欲はいかがですか？ □普通 □過剰 □減退ぞみ □ない
- ・射精はどうですか？ □普通 □早い □遅い □できない
- ・射精の快感(絶頂感)はありますか？ □普通 □弱い □ない
- ・以前とくらべて、体毛が薄くなっていますか？ □いいえ □はい
- ・以前とくらべて、精巣(睪丸)が小さくなっていますか？ □いいえ □はい
- ・早朝の勃起(朝だち)に変化はありますか？ □いいえ □はい ⇒ ()
- ・勃起に変化はありますか？ □いいえ □はい ⇒ 【IIEF5】
- ・性交渉は月に何回くらいですか？ 回/月
- ・マスターベーションは月に何回くらいですか？ 回/月
- ・これまでに精液検査を受けたことがありますか？
□いいえ □はい ⇒ 所見()
- ・今日は禁欲期間どれくらいですか？ 日

奥様のお名前

ふりがな

年齢

才 □初婚 □再婚(前夫との間に子供は □なし □あり→ 人)

職業

(具体的に)

- ・奥様は不妊治療を受けておられますか？ □いいえ
□はい ⇒ □タイミング法 □人工授精 □体外受精 □顕微授精