

男性不妊症外来 問診票

氏名 () 年齢 (歳) 生年月日 ()

あなたの治療を行うために、下記の項目にお答えください。
すべての内容は厳重に管理いたしますので、正確にお答えください。

- 身長は (cm)、体重は (Kg)
- 私が生まれた時の父の年齢 (歳) 母の年齢 (歳)
- 私を入れて、兄弟姉妹は (人) 私はそのうち (番目)
死産した兄弟は (いる・いない)
結婚して子供のいない兄弟姉妹は (いる・いない)
- 家族に遺伝的な病気の人 (いる・いない)
血族結婚している人は (いる・いない)
- 今までにかかったことのある病気をお答えください。
停留睾丸の手術 (歳)
陰のう水腫の手術 (歳)
そけいヘルニアの手術 (歳)
睾丸のけが (歳)
梅毒・淋病・クラミジア (歳)
結核 (歳)
糖尿病 (歳)
蓄膿症・気管支拡張症・慢性気管支炎 (歳)
おたふくかぜ (歳)
抗がん剤治療 (歳)
放射線治療 (歳)
- その他の病気や手術の経験があれば記入してください。
- 最近3カ月の健康状態につき、あてはまるものに○をつけてください。
全く健康・病気がある (病名)
現在薬を内服して (いる・いない) (薬の名前は)
最近3カ月以内に高熱や体調不良が (あった・なかった)
- タバコを現在吸っていますか?
(吸う: 1日 本 年間)
(吸わない: 以前から吸わない・()歳から禁煙した・以前は1日()本()年間吸っていた)
お酒は (飲まない・少し飲む・普通に飲む・多量に飲む)

裏に続きます・・・

9. 仕事などで、以下の物質や環境に接することはありましたか。あれば○をつけてください。

鉛・亜鉛・ひそ・一酸化炭素・カドミウム・高温環境・低温環境・放射線・酸素不足

ご職業は（ ）

10. 初めて陰毛が生え、声変わりした年齢は（ ）歳頃

初めて射精（夢精）を経験した年齢は（ ）歳頃

11. 結婚の年齢は（ ）歳（初婚・再婚）

結婚してからの時間は（ ）年（ ）ヶ月

その間、避妊をしていた期間は（ ）年（ ）ヶ月

12. 子供は（いる・いない）（ ）人（ ）歳

妻は妊娠をしたことは（ある・ない）

13. いままで精液検査を受けたことが（ある・ない）

検査を受けたのは（ ）年（ ）ヶ月前

検査を受けた病院は（ ）

検査の結果は（正常・精子が少ない・精子がない・不明）

今までにホルモンやその他の治療をうけたことはありますか。

（ある・ない・現在治療中）（薬の種類 ）

14. ひげは（毎日そる・週に（ ）回そる・ほとんどそらない）

15. 夫婦間のセックスに問題が（ある・ない）

問題点（ ）

セックスの回数は月に（ ）回

勃起しますか（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）

16. 夫の血液型（ ）型 妻の血液型（ ）型

17. 夫婦の結婚記念日は（西暦 ）年（ ）月（ ）日

18. 奥様についてお尋ねします。

名前（ ） 年齢（ ）歳 生年月日（ ）

大きな病気をしたことが（ある・ない）

現在、婦人科・生殖医療クリニック等で検査・治療を受けて（いる・いない）

異常を指摘されて（いる・いない）

治療を受けて（いる・いない）（薬の種類 ）

ありがとうございました。受付にお渡しく下さい。

メンズファーターティリティッククリニック東京