

不妊外来予診用紙（男性用）

H 年 月 日 カルテNo. _____

フリガナ

ご主人の氏名

生年月日 $\begin{matrix} S \\ \cdot \\ H \end{matrix}$ 年（西暦 年） 月 日 歳

フリガナ

奥様の氏名

生年月日 $\begin{matrix} S \\ \cdot \\ H \end{matrix}$ 年（西暦 年） 月 日 歳

〒

携帯 ()

住 所

TEL ()

以下の質問にお答えの上、受付にお渡し下さい。（秘密は守ります）

1：結婚されたのは？ 西暦 年 月

2：不妊期間 年 月間（避妊行為を行わず妊娠していない期間）

3：ご主人にご記入願います。

身長 cm ・ 体重 kg

常用薬が ある ない

ある場合はその名前をお書き下さい。（ ）

心臓または肺の病気が ある ない

睾丸の袋（陰嚢）に水が溜まったことが ある ない

睾丸を打撲し腫れたことが ある ない

睾丸を降ろす手術を受けたことが ある ない

尿道炎・前立腺・副睾丸炎に罹ったことが ある ない

そけいヘルニア（脱腸）の手術を受けたことが ある ない

その他、入院手術を要する病気に罹ったことが ある ない

ある場合には、その病名と施設名をお書き下さい。（病名： ）

（施設名： ）

4：以下の病気に罹ったことがあればチェックして下さい。

おたふく風邪（ 歳の時） 結核 肝炎 胃・十二指腸潰瘍 高血圧 糖尿病

アレルギー体質または体に合わない事がありますか？ ある ない

ステロイド剤（副腎皮質ホルモン）を使ったことが ある ない

5：日常生活についてお尋ねします。

タバコを 吸う（ 本/日 × 年） 吸わない

食欲は 普通 不良

酒を 飲む（ 合/日 × 年） 飲まない

睡眠は 普通 不良

小便の回数は、昼間 回（夜 回）

6：性機能についてお尋ねします。

射精しますか？ する しない

精液検査を受けたことが ある ない

ある場合には、その施設名をお書き下さい。（施設名： ）

男性不妊として治療を受けたことが ある ない

ある場合には、その施設名をお書き下さい。（施設名： ）

夫婦生活の回数は、だいたい1ヶ月に 回