

# 男性問診票

ID: \_\_\_\_\_

※該当するものに☑でチェックをお願いします

初診日：20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな		ふりがな	
氏名		奥様氏名	
職業		職業	
生年月日	西暦____年____月____日(満____歳)	生年月日	西暦____年____月____日(満____歳)
結婚	<input type="checkbox"/> 結婚(西暦)____年____月 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 夫婦別姓 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 結婚予定____年____月頃		
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯電話____-____-____ <input type="checkbox"/> 自宅番号(____)____-____		
住所	〒_____ <small style="text-align: right;">※当院からのご連絡の際クリニック専用封筒の使用： <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可</small>		

※当院を知ったきっかけを☑でチェックをお願いします。

ネット(yahoo google その他【検索ワード\_\_\_\_】) 他院・先生 妻・パートナー その他

☆奥様・パートナーの方は当院に受診された事がありますか？ はい いいえ

※当院で希望する治療について☑でチェックをお願いします。

精液検査(感染症採血がお済みでない方は精液検査を受けていただけません) タイミング法 人工授精

体外受精/顕微授精 T E S E セカンドオピニオン その他(\_\_\_\_)

☆身長：\_\_\_\_cm 体重：\_\_\_\_kg

☆再婚の場合、前妻との間に妊娠したことがありますか？ はい いいえ

☆妊娠を目指したのはいつ頃からですか？ \_\_\_\_年\_\_\_\_月～

☆避妊期間はありますか？ はい いいえ

ある場合は、いつからいつまでですか？ \_\_\_\_年\_\_\_\_月～\_\_\_\_年\_\_\_\_月

☆心臓または肺の病気がありますか？ はい いいえ

☆1年以内に38.5℃以上の熱が出たことがありますか？ はい いいえ

☆睾丸の袋(陰嚢)に水がたまったことがありますか？ はい いいえ

☆睾丸を打撲したり腫れたことがありますか？ はい いいえ

☆睾丸を下ろす手術を受けた事がありますか？ はい いいえ

☆尿道炎・前立腺炎・副睾丸炎に罹った事がありますか？ はい いいえ

☆鼠経ヘルニア(脱腸)の手術を受けた事がありますか？ はい いいえ

☆ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)または精神薬を使った事がありますか？ はい いいえ

☆薬剤や食物で何か症状が出た事がありますか？ はい いいえ

ある場合は、名前と症状をお書きください

☆次の病気になった事がある場合は、☑をして下さい

おたふく風邪(\_\_\_\_)歳 結核 肝炎 胃・十二指腸潰瘍 高血圧 糖尿病



うめだ ファティリティー クリニック

☆日常生活についてお尋ねします。		
タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸う（　　本/日 ×　　年）	<input type="checkbox"/> 吸わない
お酒を飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲む（　　合/日 ×　　年）	<input type="checkbox"/> 飲まない
排尿の回数は何回ですか？	昼間（　　）回	夜（　　）回
☆性功能についてお尋ねします。		
性欲はありますか？	ある ・ ない	
射精しますか？	する ・ しない	
性行為に支障がありますか？	はい ・ いいえ	
勃起しますか？	する ・ しない	
性交渉の回数はいきたい1カ月に何回くらいですか？	（　　）回くらい	

☆検査歴

検査	検査日（西暦）	検査結果
<input type="checkbox"/> 精液検査	年 月	異常なし・異常あり（　　）
<input type="checkbox"/> 超音波検査	年 月	異常なし・異常あり（　　）
<input type="checkbox"/> ホルモン採血	年 月	異常なし・異常あり（　　）
<input type="checkbox"/> HIV	年 月	異常なし・異常あり（　　）
<input type="checkbox"/> B型肝炎	年 月	異常なし・異常あり（　　）
<input type="checkbox"/> C型肝炎	年 月	異常なし・異常あり（　　）
<input type="checkbox"/> 梅毒	年 月	異常なし・異常あり（　　）
<input type="checkbox"/> クラミジア検査	年 月	異常なし・異常あり（　　）
<input type="checkbox"/> 淋病	年 月	異常なし・異常あり（　　）

☆治療・手術・投薬歴

年～年(西暦)	疾患名	手術有無	経過観察	内服有無	内服薬	病院名
～ 年		あり・なし	あり・なし	あり・なし		
～ 年		あり・なし	あり・なし	あり・なし		
～ 年		あり・なし	あり・なし	あり・なし		
～ 年		あり・なし	あり・なし	あり・なし		

☆現在服用中の薬剤およびサプリメント名

・ A G A 治療中（服薬名　　）
--------------------

