

問診票(男性用)

当院では、個人情報保護に基づいて、医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

該当する□に、レ点でチェックを入れて下さい。

診察券番号: _____

記入日: 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな		ふりがな	
夫氏名		妻氏名	
生年月日	年 月 日(歳)	生年月日	年 月 日(歳)
ご職業		ご職業	
ご自宅住所	〒		
血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RhD(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)	血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RhD(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)
身長・体重	cm kg	身長・体重	cm kg
携帯電話番号			
自宅電話番号			
携帯メールアドレス	@	<input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.co.jp	

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？

- 不妊の相談 不妊検査(精液検査など) 他院からのご紹介(紹介元: _____) 男性不妊外来受診中
精子凍結の相談 男性不妊手術(精索静脈瘤手術、精巣内精子回収術、その他)の相談
セカンドオピニオン(他院での不妊治療の相談) ⇒ **通常の診察枠ではご対応できません。受付にお問合せください。**
その他(_____)

2. 当院を知ったきっかけは何ですか？

- 他院からの紹介 知人の紹介 家が近い ホームページ Facebook 看板を見て
雑誌・本・新聞(具体的には: _____)

3. ご結婚についてお尋ねします。

結婚 ____ 年 ____ 月 ____ 日(____ 歳) (←初婚 再婚(前妻との間に妊娠 あり なし)

4. 性生活についてお尋ねします。該当するものに、レ点をお入れください。

- 特に問題ない 勃起しない 勃起が持続しない 腔内射精ができない マスターベーションで射精できない

5. 今までに経験された病気や手術はありますか？ 該当するものに、レ点をお入れください。

- 精索静脈瘤(→手術した(右 左)(____ 歳) 病院名(_____)
停留睾丸(→手術した(右 左)(____ 歳) そけいヘルニア(→手術した)(____ 歳)
陰のう水腫(→手術した)(____ 歳) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)(____ 歳)
前立腺炎(____ 歳) 急性虫垂炎(____ 歳) 副睾丸炎(____ 歳) 睾丸炎(____ 歳)
性病(淋病 梅毒)(____ 歳) 糖尿病(____ 歳) その他(病名: _____)(____ 歳)

6. 今までに下記の検査を受けたことがありますか？

検査内容	検査日	実施施設	検査を受けたか否か、および検査の結果について	
精液検査	年 月		<input type="checkbox"/> 未検	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(<input type="checkbox"/> 濃度 <input type="checkbox"/> 運動率 <input type="checkbox"/> 奇形率)
感染症検査	年 月		<input type="checkbox"/> 未検	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(<input type="checkbox"/> HBV、HCV、梅毒、HIV)
ホルモン検査	年 月		<input type="checkbox"/> 未検	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
染色体検査	年 月		<input type="checkbox"/> 未検	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり

7. 注射や内服薬、食物で副作用やアレルギーを経験したことがありますか？

- 卵(+, -) 牛乳(+, -) アルコール消毒(+, -) ヨード(造影剤など)(+, -) 花粉(+, -) その他(_____)
 薬剤名(_____)(____ 年 ____ 月), 症状:(かゆみ・発疹・吐き気・息苦しさ・血圧低下・その他 _____)
 食物名(_____)(____ 年 ____ 月), 症状:(かゆみ・発疹・吐き気・息苦しさ・血圧低下・その他 _____)

8. 検査結果のお伝え方法についてお尋ねします。

検査結果が出次第、ご来院時にお伝えします。奥様おひとりでの再診時にお伝えすることになるかも知れませんが、奥様にお伝えしてもよろしいでしょうか。

伝えてよい 伝えてほしくない(奥様とご一緒にの時に ご本人お一人の時に)