

問診票(男性用)

当院では、個人情報保護法に基づいて、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。

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	〒 _____		
電話番号		電話番号	
携帯メールアドレス	_____@_____		
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

1. 本日はどのような想いで来院されましたか？

以下、該当する□にレ点でチェックをいれてください。

- 不妊症の検査のみを希望する。(まだ治療は希望しない。)
下記の治療を受けたい。(希望する全てにレ点を入れてください。)
精索静脈瘤手術 精巣内精子採取術 精路再建術 ED治療 精子凍結 その他(_____)
他院から紹介された。(ご紹介元: _____)
現在、他院の男性不妊外来または泌尿器科を受診中である。(精索静脈瘤手術を受けた 内服治療中である)
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(ご紹介者: _____) 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: _____)

3. 当院のWEB説明会に、もう既に参加されましたか？ 参加した(初診前 ART) まだ参加していない

4. ご結婚についてお尋ねします。

- 既婚(結婚 20____年____月____日) ←初婚 再婚(前妻との間に妊娠 あり なし)
未婚 未入籍(20____年____月 入籍予定、事実婚)
離婚(20____年____月____日)

5. 性生活についてお尋ねします。

- 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
射出した精液がいつも少ない

6. 今までに経験された病気や手術はありますか？

- 精索静脈瘤(右 左) : 手術した(____年 月、病院名(____)) 手術していない
停留睾丸(右 左) : 手術した(____年 月、病院名(____)) 手術していない
そけいヘルニア(脱腸) : 手術した(____年 月、病院名(____)) 手術していない
陰のう水腫 : 手術した(____年 月、病院名(____)) 手術していない
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)(____ 歳)
睾丸を打って腫れたことがある
性病にかかったことがある (淋病 梅毒 その他 _____ : _____ 年 月)
糖尿病(____年 月)
眼圧上昇、緑内障
ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)または精神科の薬を使ったこと: ある(____) ない
その他(病名: _____)(____年 月)

7. 今までに精液検査を受けたことがありますか？

- 検査を受けたことがない 検査では異常がなかった 異常があった(____)

8. 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？

- ある: 卵 牛乳 大豆 アルコール消毒 ヨード(造影剤等) 薬剤 花粉 ハウスダスト 食物(____)
アレルギーなし

9. 検査結果のお伝え方法についてお尋ねします。

- 奥様の再診時に奥様に伝えてよい ご本人にお伝えする(奥様がいない時に 奥様が一緒の時が良い)