

奥野病院

男性不妊 問診表

フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日 (満 歳)
氏名		職業				
診察券 番号	(当院の通院歴のある方)					
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"/> 婚約 <input type="checkbox"/> 離婚
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯番号	-	-	<input type="checkbox"/> 自宅番号 ()	-	
住所	〒					

※郵送の際に、当院の封筒の使用： 可 ・ 不可

ご結婚されたのはいつですか。 西暦 年 月 日 才

避妊期間がありますか (選択) はい いいえ

はいの場合は、いつからいつまでですか 年 月～ 年 月

不妊期間は何年ですか。 年 ヵ月

身長 c m

体重 k g

血液型 型 Rh ()

パートナー (奥様) に当院の受診歴がある場合

お名前 () 診察券番号 ()

◇以下の質問に該当するものに○をつけて下さい。

・性欲はありますか。 ある ・ ない

・勃起しますか。 する ・ しない

・射精しますか。 する ・ しない

・性行為は一週間に 約 回

・精液検査を受けたことがありますか。 ある ・ ない

・男性不妊としての治療を受けたことがありますか。 ある ・ ない

・39度以上の熱が出たことがありますか ある ・ ない

・性病にかかったことがありますか。 ある (病名) ・ ない

・睾丸を打って腫れたことがありますか。 ある ・ ない

・睾丸を降ろす手術をしたことがありますか。 ある ・ ない

・そけいヘルニア (脱腸) の手術を受けたことがありますか。 ある ・ ない

・睾丸のふくろ (陰のう) に水が溜まったことがありますか。 ある () ・ ない

・心臓または肺の病気がありますか。 ある () ・ ない

・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が
ある () ・ ない

◇生活習慣についてお尋ねします。

- ・たばこを 吸う (本 × 年) ・吸わない
- ・お酒は 飲む (合 × 年) ・飲まない
- ・食欲は ない ・ 普通
- ・睡眠は 悪い ・ 普通
- ・便通は 悪い ・ 普通
- ・小便の回数は昼間 回 (夜間 回)
- ・育 (発) 毛剤を使用して いる () ・ ない
- ・やせ薬を飲んで いる () ・ ない

◇病気やアレルギーについてお尋ねいたします。

① これまでに病気の経験や、現在治療中の病気はありますか？

特になし 気管支喘息 甲状腺疾患 循環器疾患 消化器疾患 糖尿病

おたふくかぜ 結核 肝疾患 うつ病 パニック症候群

その他 (病名 :)

② これまでに手術をしたことがありますか。 はい ・ いいえ

手術の時期 (西暦) ・ 病名 ・ 手術部位 ・ 輸血の有無 ・ 麻酔での異常など、ご記入ください

③ アレルギーに関して以下の該当する項目にチェックしてください。

- ・局所麻酔 (歯科麻酔) で副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・抗生剤で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・消毒薬 (ヨード系) で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・ホルモン剤で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・ラテックスアレルギーと言われたことはありますか。 はい ・ いいえ
- ・食物アレルギーはありますか。 はい ・ いいえ

食物名 症状など ご記入下さい

④ 現在使用中のお薬に関して以下の該当する項目をチェックしてください

- ・ホルモン剤・ステロイドを服用している ある (薬品名) ・ ない
- ・眠剤または抗不安薬を服用している ある (薬品名) ・ ない
- ・漢方薬・サプリメントを飲んでいる ある (薬品名) ・ ない
- ・上記以外の薬を服用している ある (薬品名) ・ ない

⑤ 感染症 (B 型肝炎 ・ C 型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV) の検査を受けたことがありますか。

はい (年 月) ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

奥野病院