

男性問診票

初診日： 年 月 日

診察券番号:

フリガナ 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒	連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯番号 - -		
			<input type="checkbox"/> 自宅 - -		
血液型	型 / Rh ()	身長	cm	体重	kg
職業	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 婚約中 <input type="checkbox"/> 結婚:(西暦) 年 月 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 夫婦別姓 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 離婚				

◆パートナー（奥様）のご情報

・氏名 () ・ご年齢 (歳) ・診察券番号 ()

※診察券番号はパートナーが当院にかかられている場合にご記入ください。

◆以下の質問に該当するものに○をつけて下さい。

- 避妊期間はありますか。 (はい ・ いいえ)
※上記で「はい」の場合、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 カ月)
- 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/病名: . 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りますか。 (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 × 日 × 年) ・ 吸わない
- ・お酒は 飲む (合 × 日 × 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 () ・ いない
- ・やせ薬を飲んで いる () ・ いない

◆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。 はい（薬品名 _____） ・ いいえ
・眠剤または抗不安薬を服用している。 はい（薬品名 _____） ・ いいえ
・漢方薬・サプリメントを飲んでいる。 はい（薬品名 _____） ・ いいえ
・上記以外の薬を服用している。 はい（薬品名 _____） ・ いいえ

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

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点、加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

○マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

（ はい ・ いいえ ）

○現在、処方されているお薬がありますか？

（ はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提供します ）

↓

薬剤名（ ） 用量（ ） 投薬期間（ ）
薬剤名（ ） 用量（ ） 投薬期間（ ）
薬剤名（ ） 用量（ ） 投薬期間（ ）

（※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1カ月以内のお薬のみお書きください。）

○この1年間で「特定健診」または「高齢者検診」を受診しましたか？

受診期間（ ） 指摘事項（ ）

（※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です。）

ご協力ありがとうございました