

# 【男性問診票】N

記入した日付 西暦 20 年 月 日

氏名 ( ) 様 ( ) 歳

①本日はどのようなことで受診されましたか？（複数回答可）

( ) 精液検査希望 禁欲 ( ) 日間

( ) 不妊相談・説明を希望： \_\_\_\_\_

( ) ホルモン検査（採血）

( ) その他： \_\_\_\_\_

②（西暦 年 月結婚） ・ ( ) 未婚（西暦 年 月結婚予定）

③大人になって高熱、おたふく風邪、ヘルニア（脱腸）、手術などの既往はありますか？

ない  ある 症状： \_\_\_\_\_

④今までに性病に患ったことがありますか？  ない  ある

淋病・クラミジア・梅毒・その他： \_\_\_\_\_

⑤今までに病気をしたことが  ない  ある 病名： \_\_\_\_\_

治療経過： \_\_\_\_\_

⑥アルコールを飲みますか  飲まない  飲む 週 \_\_\_\_\_ 回・毎日

⑦喫煙していますか？  しない  する ( \_\_\_\_\_ 本/日くらい、 \_\_\_\_\_ 才から \_\_\_\_\_ 年間)

禁煙した (いつ： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 喫煙年数 \_\_\_\_\_ 年)

⑧お仕事に関して（差支えない範囲で結構です）

●夜勤はありますか？  ない  ある

●有機溶媒・揮発性物質・放射性物質などの化学物質や薬品などを取り扱いますか？

扱う（薬品・物質名など \_\_\_\_\_ ）、  扱わない

●休日ほどの程度ですか？

毎週・各週（土・日）、祭日、  不規則（ \_\_\_\_\_ ）、  ほとんどない

⑨奥様（パートナー）に関して

●当院あるいは他院で不妊検査・治療を受けておられますか？

ある（いつ頃 \_\_\_\_\_ 症状など \_\_\_\_\_ ）、  ない

●本日受診されたことは検査結果なども含めて奥様（パートナー）にお伝えしてもいいですか？

伝えてもいい、  秘密にして欲しい

⑩気になる点、相談されたいことはありますか。