

【男性問診票】 N

◆男性のみで受診の場合にご利用ください◆

記入日 西暦20__年__月__日

本人氏名	様	年齢	才	☐ 初婚	☐ 再婚(前パートナー間妊娠歴 ☐ あり ☐ なし)
生年月日	西暦	年 (S・H 年)	月	日	電話番号：

結婚年月日	西暦	年 (S・H・R 年)	月	日
交際期間	____年____ヶ月			
避妊は	☐ していない ☐ していた：西暦 ____年 ____月頃まで			

紹介状などお持ちですか？（受付時に提出してください）	☐ はい	☐ いいえ
妊娠希望ですか？	☐ はい	☐ いいえ
人工授精・体外受精・顕微授精などの治療をお考えですか？	☐ はい	☐ いいえ
希望・気になる点など		
大人になって高熱、おたふく風邪になったことがありますか？	☐ ない	☐ ある
ヘルニア（脱腸）、手術などの既往はありますか？	既往歴：	☐ ない ☐ ある
病気になったことがありますか？	☐ ない	☐ ある
既往歴：		
性病（淋菌・梅毒・クラミジアなど）に罹ったことがありますか？	☐ ない	☐ ある
治療経過：		
今までに不妊治療・治療歴がありますか？（他院含む）	☐ ない	☐ ある
検査：（西暦 ____年 ____月 ____日）		
治療：（西暦 ____年 ____月 ____日）		
手術：（西暦 ____年 ____月 ____日）		
保険診療下での採卵回数	____回	
保険診療下での胚移植回数	____回	
飲酒しますか？	☐ いいえ	☐ はい
	☐ 機会飲酒・ ☐ 週____回・ ☐ 毎日	
喫煙しますか？	☐ しない	☐ 喫煙する（____本くらい/日、____歳から____年間）
	☐ 禁煙した いつ： ____年、喫煙年数 ____年	

<仕事に関して>

職業（会社員・自営・____）	☐ 仕事している（フルタイム、午前・午後、パート、____）	☐ なし
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薬品を取り扱いますか？	☐ いいえ	☐ はい
休日がありますか？	☐ ある	☐ ない
休日ある方	☐ 毎週・隔週（土・日・祝） ☐ 不規則	

<パートナーに関して> ※一緒に受診される場合は【不妊外来問診票】にご記入ください

今までに不妊治療・治療歴がありますか？（他院含む）	☐ ない	☐ ある
検査：（西暦 ____年 ____月 ____日）		
治療：（西暦 ____年 ____月 ____日）		
手術：（西暦 ____年 ____月 ____日）		
保険診療下での採卵回数	____回	
保険診療下での胚移植回数	____回	
本日受診されたことや検査結果などをパートナーにお伝えしてもいいですか？	☐ よい	☐ 秘密に