

【男性問診票】 N

◆男性不妊外来受診時にご記入ください◆

記入日 西暦20__年__月__日

本人氏名： 様	年齢： __才	身長(____cm)/体重(____Kg)	BMI()
生年月日 西暦	年 (S・H 年)	月 日	電話番号：

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

結婚年月日 西暦 年 (S・H・R 年) 月 日

初婚 再婚(前パートナー間妊娠歴 なし あり⇒____年、____年)

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

不妊期間(避妊解除して) _____年__ヶ月

SEXの回数は月に何回くらいですか？ 0回 1～3回 4回以上

射精頻度は何回くらいですか？ 3回以上/週 4回以下/月 1回以下/月 (あまり射精しない)

精液検査を受けたことがありますか？ はい いいえ

禁欲期間____日 結果：(____年__月____)

内服薬(特に脱毛剤・育毛剤や脱毛治療薬など)はありますか？ はい いいえ

現在：期間____～____ 市販品(海外品も含む) 病院処方薬 薬剤名(____)

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？ (____年頃) 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(手術)歴：(____年頃) ない ある

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：(____)

病気になったことがありますか？ ない ある

既往・治療歴：(____)

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

希望・気になる点など

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> **※ご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

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