

# 【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：		
当院受診のきっかけは？(複数可) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 情報誌 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 紹介・その他( )			
妊娠希望ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
結婚年月日	西暦	年(S・H・R) 年) 月 日	
<input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚(前パートナー間妊娠歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒____年、____年 )			
交際期間		____年____ヶ月	
避妊は		<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1～3回 <input type="checkbox"/> 4回以上	
射精頻度は何回くらいですか？		<input type="checkbox"/> 3回以上/週 <input type="checkbox"/> 4回以下/月 <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
禁欲期間____日 結果：(____年 月 )			
内服薬(特に発毛剤・育毛剤や脱毛治療薬など)はありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 現在：期間____～____ <input type="checkbox"/> 市販品(海外品も含む) <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
治療経過：(____)			
病気になったことがありますか？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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・____)	<input type="checkbox"/> 仕事している(フルタイム、午前・午後、パート、____) <input type="checkbox"/> なし
夜勤はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
休日がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
休日ある方	<input type="checkbox"/> 毎週・隔週(土・日・祝) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 秘密に