

# 【男性外来問診票】 W

初診日 西暦20 年 月 日

氏名	生年月日	西暦	年	月	日	才
	身長	cm	体重	kg	BMI ( )	
妻・パートナー氏名	生年月日	西暦	年	月	日	才
結婚	西暦	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"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 妻が再婚						
受診目的						
今までに不妊検査・治療歴がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 具体的にご記入ください。						
性交渉は月に何回くらいですか？ 回/月 射精頻度は何回くらいですか？ 回/週 回/月 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 年 月 結果 ( ) 発毛剤・育毛剤や脱毛治療薬などを使用したことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 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( )						
いままでかかったことのある病気を☑と ( ) に記入をしてください。 <input type="checkbox"/> 精巣の外傷 ( 才) <input type="checkbox"/> 停留精巣 ( 才) <input type="checkbox"/> 放射線治療 ( 才) <input type="checkbox"/> 抗がん剤投与 ( 才) <input type="checkbox"/> おたふく風邪になったことがありますか？ ( 才) その時精巣が <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 腫れていない <input type="checkbox"/> ここ3か月以内に高熱を出したことがありますか？ ( 年 月 日病名 ) <input type="checkbox"/> 鼠経ヘルニア(脱腸)手術などの既往はありますか？ ( 才) <input type="checkbox"/> 性病に罹ったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 尿道炎 ( 才) <input type="checkbox"/> 梅毒 ( 才) <input type="checkbox"/> 淋病 ( 才) <input type="checkbox"/> クラミジア ( 才) <input type="checkbox"/> その他 ( : 才)						
既往歴・現病歴 いままでに病気や手術をしたことがあれば病名・手術名・年齢を記入してください。						
使用している薬剤・サプリメントを記入してください。						
職業 ( ) 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 ( ) 体重は、20歳の時と比べて？ <input type="checkbox"/> ほぼ変わらない <input type="checkbox"/> ( ) kg増加した <input type="checkbox"/> ( ) kgやせた 飲酒しますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 毎日 喫煙しますか？ <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 喫煙する 本/日、年間 <input type="checkbox"/> 禁煙した 年(喫煙期間 年)						