【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
初婚(妊娠歴 あり なし) 再婚(前パートナー間妊娠歴 あり なし) 妻が再婚

受診目的

当院受診のきっかけは？(複数可) Instagram(SNS) 当院HP 他院(口頭含む)病院名：
友人・知人 新聞・情報誌(チラシ/フリーペーパーなど) その他()

今までに不妊検査・治療歴がありますか？ ない ある

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？ はい 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？
いいえ はい 期間 ~ 市販品(海外品も含む) 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。
 精巣の外傷 (才)
 停留精巣 (才)
 放射線治療 (才)
 抗がん剤投与 (才)
 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 腫れた 腫れていない
 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)
 鼠経ヘルニア(脱腸)手術などの既往はありますか？ (才)
 性病に罹ったことがありますか？
 尿道炎 (才) 梅毒 (才) 淋病 (才) クラミジア (才) 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？ いいえ はい ()
体重は、20歳の時と比べて？ ほぼ変わらない () kg増加した () kgやせた
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/日、 年間 禁煙した 年(喫煙期間 年)