

問診票(男性不妊・泌尿器科)

20 年 月 日

ふりがな 氏名				
生年月日	S・H・R	年(西暦)	年) 月 日 (歳)	職業
自宅住所	〒			
	※アパート, マンション名まで詳細にお書きください。			
自宅電話	—	—	クリニックからの連絡	可 不可
携帯電話	—	—	クリニックからの連絡	可 不可

婚姻されたのはいつですか。 年 月 日 才 → (法律婚 ・ 事実婚 ・ 未婚)

避妊期間 あり (年 カ月) ・ なし

不妊期間は何年ですか。 年 カ月

身長 c m

体重 k g

血液型 型 Rh ()

血圧 / mmHg

パートナー 氏名 _____

生年月日 年 月 日 _____

★以下の質問に該当するものに○をつけて下さい。

- ・ 性欲はありますか。 ある ・ ない
- ・ 勃起しますか。 する ・ しない
- ・ 射精しますか。 する ・ しない
- ・ 性行為は大体一週間に 回
- ・ 精液検査を受けたことがありますか。 ある ・ ない
- ・ 男性不妊としての治療を受けたことがありますか。 ある ・ ない
- ・ 39 度以上の熱が出たことがありますか。 ある ・ ない
- ・ 性病にかかったことがありますか。 ある (具体的に) ・ ない
- ・ 睪丸を打って腫れたことがありますか。 ある (歳) ・ ない
- ・ 睪丸を降ろす手術をしたことがありますか。 ある (歳) ・ ない
- ・ そけいヘルニア (脱腸) の手術を受けたことがありますか。 ある (歳) ・ ない
- ・ 睪丸のふくろ (陰のう) に水が溜まったことがありますか。 ある (歳) ・ ない
- ・ 心臓または肺の病気がありますか。 ある (歳) ・ ない
- ・ ステロイド剤 (副腎皮質ホルモン) または、精神科の薬を使ったことが ある (薬品名) ・ ない

★生活習慣についてお尋ねします。

- ・たばこを 吸う (本 × 年) ・吸わない
- ・お酒は 飲む (合 × 年) ・飲まない
- ・食欲は ない ・ 普通
- ・睡眠は 悪い ・ 普通
- ・便通は 悪い ・ 普通
- ・小便の回数は昼間 回 (夜間 回)
- ・育 (発) 毛剤を使用して いる () ・ ない
- ・やせ薬を飲んでいる いる () ・ ない

★あなたの既往歴・アレルギー等についてお尋ねいたします。

① 既往歴に関して以下の該当する項目をチェックしてください。

- 特になし 気管支喘息 甲状腺疾患 循環器疾患 消化器疾患 糖尿病
おたふくかぜ 結核 肝疾患 うつ病 パニック症候群
その他 (病名:)

② 手術をしたことがありますか。 はい ・ いいえ

* はいの方は、お答え下さい。

() 歳 () 手術の時、麻酔のトラブルはありましたか。 はい・いいえ・わからない
はいの方はどのようなトラブルですか。()

③ アレルギーに関して以下の該当する項目にチェックしてください。

- ・局所麻酔 (歯科麻酔) で副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・抗生剤で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・消毒薬 (ヨード系) で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・ホルモン剤で何か副作用がありましたか。 はい ・ いいえ
- ・ラテックスアレルギーと言われたことはありますか。 はい ・ いいえ
- ・食物アレルギーはありますか。 はい ・ いいえ
- ・はいの方はどのような食物ですか。()

④ 現在使用中のお薬に関して以下の該当する項目をチェックしてください

- ・ホルモン剤・ステロイドを服用している ある (薬品名) ・ ない
- ・眠剤または抗不安薬を服用している ある (薬品名) ・ ない
- ・漢方薬・サプリメントを飲んでいる ある (薬品名) ・ ない
- ・上記以外の薬を服用している ある (薬品名) ・ ない

⑤ 感染症 (B 型肝炎・C 型肝炎・梅毒・HIV) の検査を受けたことがありますか。

はい (西暦 年 月) ・ いいえ

★パートナーの方にお尋ねいたします。

① 通院中、あるいは以前に通院されていた病院がありますか。 はい ・ いいえ

*はいの方は、お答え下さい。 病院名 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月～通院

② 妊娠したことがありますか はい ・ いいえ

*はいの方は、お答え下さい。 () 回 西暦 _____ 年 _____ 月・西暦 _____ 年 _____ 月

③ 基礎体温をつけていますか はい ・ いいえ

・二相性ですか はい ・ いいえ

・高温期は約 14 日間ありますか はい ・ いいえ

④ 卵管の通過性の検査をしたことがありますか。 ある ・ ない

・狭窄（狭いところ）があるといわれましたか。 はい ・ いいえ

・閉塞（つまっているところ）があるといわれましたか。 はい ・ いいえ

⑤ フーナーテスト（性行為子宮粘膜の精子の有無の検査）をしたことがありますか。 はい ・ いいえ

・検査の結果、精子が子宮に届いてないといわれましたか はい ・ いいえ

⑥ 人工授精を受けたことがありますか。 ある ・ ない

・どこで何回受けましたか (病院名: _____) (回数: _____ 回)

⑦ 今までかかった病気をご記入ください。 (_____)

※お願い※

①必ず連絡がつく場所をご記入ください。(急な日時変更が必要な場合があります)

連絡先の名前 _____ T e l _____ (携帯もしくはご自宅でも結構です。)

時間帯 _____ (個人名で ・ 病院名で)

※ ご本人が不在の場合、内容をお伝えしてもよろしいですか。(はい ・ いいえ)

(留守録 OK ・ NO)

②必要時、検査結果等を郵送することがあります。

郵送先 (自宅 ・ 自宅以外) →自宅以外の場合は下記に宛先と宛名をご記入してください。

宛先〒 _____ 宛名 _____

差出人名 (個人名で ・ 病院名で)