

男性不妊問診票

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		職業	
自宅電話		携帯電話	
メールアドレス			
住所	〒		
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名 (パートナー)		職業	

※クリニックからのお電話は(個人名・病院名)、可能な時間帯(時 ~ 時)、留守番電(可・不可)

以下の質問にお答えください

わからない部分もあると思いますが、なるべく詳しくお願い致します

① ご自身についておしえてください(当てはまる項目に✓をつけ記入をしてください)

結婚 西暦 年 月

(離婚歴 なし あり → 元配偶者との子ども なし あり)

② 健康状態についてお聞かせください

●身長(cm)・体重(kg)

●たばこは吸いますか? いいえ・はい(喫煙歴: 年・本数 本/日)

●既往歴についてご記入下さい

() 歳 病名() 治療内容()

() 歳 病名() 治療内容()

●高熱を出したことはありますか? いいえ はい(歳・病名:)

●精巣(睾丸)の打撲や怪我をしたことはありますか? いいえ はい(歳)

●おたふく風邪にかかったことがありますか? いいえ はい(歳)

「はい」の方→精巣が腫れましたか? いいえ はい(右・左・両側)

●睾丸の腫れや病気、手術歴はありますか?

いいえ はい(症状:)

●鼠径ヘルニアの手術を受けたことはありますか? いいえ はい(歳)

●アレルギーについて教えてください

食べ物や花粉などアレルギーはありますか? なし あり()

過去に使用したお薬でアレルギーが出たことはありますか? なし あり()

●ご家族で次の病気に当てはまる方がいらしたら教えてください

糖尿病 高血圧 膠原病 心臓病 腎臓病 癌 肝炎 遺伝的な病気

③ 性機能について当てはまること・気になることはありますか?

性欲がない 勃起しない 挿入できない 膣内射精ができない 射精しない 早漏

射精感はあるが精液が出ない

その他 ()

※ありがとうございました

記入が終わりましたら受付スタッフへ渡してください