男性外来 問診票

☆この問診表は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません☆

氏名	生年月日	年	月	目	才		
自宅住所〒							
職業()							
当クリニックからご連絡をさせていただく	ことがあり	ます。					
自宅TEL() -	携帯TEL	, ()	_			
	· · · <u> </u>	••••	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			F録 OK	· NO)
ご結婚されたのはいつですか。 年	月 日	才					
避妊期間 あり (年月)・なし							
不妊期間は何年ですか。 年 カ月							
 出身地はどこですか。							
身長 c m 体重 k g		型	Rh ()			
奥様 氏名	生年月日	年	月	目	才	ご職業	
・以下の質問に該当するものに〇	をつけて ⁻	下さし	١,				
・性欲はありますか。 ある · ない	`						
・勃起しますか。 する・ しな	277						
・射精しますか。 する・ しな	211						
・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	• 7	2 //	
・男性不妊としての治療を受けたことがあ	りますか。			ある	• 7	ない	
・39 度以上の熱が出たことがありますか				ある	· 1	(12	
性病にかかったことがありますか。		ある	(具体的に) • 7	ない	
・睾丸を打って腫れたことがありますか。		ある	() • 7	ない	
・睾丸を降ろす手術をしたことがあります	⁻ カゝ。	ある	() • 7	ない	
・そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けた	ことありま	すか。	ある() • t	۲ <i>۷</i> ز	
・睾丸のふくろ(陰のう)に水が溜まった	ことがあり	ますか	。ある() • †	277	
・心臓または肺の病気がありますか。 あ) • †		
・ステロイド剤 (副腎皮質ホルモン) また		の薬を	使ったこり	っが	, ,		
			(薬品名) •	ない	

•	生活習慣について	お尋ねし	ょする	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	回数は昼間	回(夜間	回)		
	・育(発)毛剤を使用し	てい	3 ()・ない				
	やせ薬を飲んでいる	V.	3 ()・ない				
	あなたのこれまでに	かかった	病気	、 ・アレルキ	一等につい	いてお尋ね	いたします。	,	
1	これまでにかかった病	気に関して	以下	の該当する項	頁目をチェック	クしてくださ	٧٠ _°		
	□特になし								
				病名		処	方されている	お薬	
	□ 呼吸器疾患	()	()
	□ 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	()	()
2	手術をしたことがあり	ますか。		はい		ハいえ			
	*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	· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	え・ わか	らない		
	はいの方はどのような	トラブルで	ごすか	σ° ()		
3	アレルギーに関して以	人下の該当	する	項目にチェッ	クしてくだ	さい。	はい・	いいえ	
	• 局所麻酔(歯科麻酢	幹) で副作	用が	ありましたか) 0				
	・ 抗生剤で何か副作用	月がありま	した	か。					
	・消毒薬(ヨード系)	で何か副	作用	がありました	こか。				
	ホルモン剤で何か晶	作用があ	りま	したか。					
	・ラッテクスアレルキ	デーと言わ	れた	ことはありま	きすか。				
	食物アレルギーはあ	っりますが	' o						
	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	上る項目	をラ	チェッ	クしてく	ださい		はい	· //	いえ
	・他院処方のホルモン剤・ステロイドを	を服用し	てレ	いる						
	・眠剤または抗不安薬を服用している									
	・漢方薬・サプリメントを飲んでいる									
	・上記以外の薬を服用している									
	*はいの方はどのような薬ですか。()
(3)	<u>感染症</u> (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HI	V) の検	食査を	を受け	たことだ	ぶあります		-		
					はい(年		月)	• \	いえ
•	奥様についてお尋ねいたします。(オ① 通院中、あるいは以前に通院される									
	① 逋院中、あるいは以前に逋院される*はいの方は、お答え下さい。	病院名		ע נאין	より <i>い</i> 。	ない、年		/ · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
				1 1 1		4-		月~世	即元	
					٠٨.					
	*はいの方は、お答え下さい。	() 回		/T:			Æ	
	○ 甘珠体別ナーのはマハナーよ	141 \		F , , ,		年	月	•	年	月
	③ 基礎体温をつけていますか	はい								
	二相性ですか京月期は約14月間まりますか。	はい								
	・高温期は約14日間ありますか	はい	•	V *V	、ス					
	④ 卵管の通過性の検査をしたことが	ある	•	ない	`					
	・狭窄(狭いところ)があるといわれ	ましただ	32			はい	•	いい	ヽえ	
	・閉塞 (つまっているところ) がある	といわれ	1ま	したか	7	はい	•	いい	ヽえ	
	⑤ フーナーテスト(性行為子宮粘膜の					んことか	ぶあ	ります	つかる。	
	・検査の結果、精子が子宮に届いてなり	はい いといれ			, _	はい	•	しい	ヽえ	
	⑥ 人工授精を受けたことが	ある	•	ない	`					
	・どこで何回受けましたか	(で		回)		
	⑦ 今までかかった病気をご記入くだる	ない。								
	()	

※お願い※					
①ご本人以外で連絡がつく番号をご記入下さい。 (急な日時変更等で必要な場合があります。)					
ご本人以外の連絡先のお名前	(続柄)_				
TEL(携帯もしくはご自宅)					
時間帯					
※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)				