

## 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 日 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 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

ご連絡がつく電話番号はどちらですか？ (自宅 ・ 携帯) 繋がりやすい時間帯 \_\_\_\_\_

(留守録 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 血液型 \_\_\_\_\_ 型 Rh ( \_\_\_\_\_ )

奥様 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 才 職業 \_\_\_\_\_

### ・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
- ・睾丸を打って腫れたことがありますか。 ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・睾丸を降ろす手術をしたことがありますか。 ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ 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 ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・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 ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・心臓または肺の病気がありますか。 ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ 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りますか。 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

・あなたのこれまでにかかった病気・アレルギー等につ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目をチェックしてください。

特になし

	病名	処方されているお薬
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	( )	( )
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	( )	( )
<input type="checkbox"/> 循環器疾患	( )	( )
<input type="checkbox"/> 消化器疾患	( )	( )
<input type="checkbox"/> 糖尿病	( )	( )
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	( )	( )
<input type="checkbox"/> 結核	( )	( )
<input type="checkbox"/> 肝疾患	( )	( )
<input type="checkbox"/> うつ病	( )	( )
<input type="checkbox"/> パニック症候群	( )	( )
<input type="checkbox"/> その他	( )	( )

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。                      はい      ・      いいえ

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

はいの方はどのような食物ですか。( )



※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）