

問診票(男性)

※災害時・緊急時などにもどうしてもご連絡が必要な場合もありますので、正確にご記入ください。

(夫)	フリガナ	生年月日(必須)
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	職業： 携帯メールアドレス(「.」「_」「-」などの記号は明瞭に)
(妻)	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	職業： 携帯メールアドレス(「.」「_」「-」などの記号は明瞭に)
ご住所 (必須)	〒	自宅電話 自宅メールアドレス

※個人情報当院が診療に必要な用途以外には使いません。

※病院から自宅に連絡を受ける際、病院名(京野アートクリニック高輪)を告げても良いか。良い・悪い

※当院の妊活セミナーに参加されたことはありますか。(はい 年 月・いいえ)

1 血液型 _____ 型 RH(+)・(-) 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ kg/m²

2 当院で希望する治療は何ですか。

検査 ・ ファティリティチェック ・ 男性不妊の治療 ・ 人工授精 ・ 体外受精
その他 ()

3 結婚歴 結婚した時の年齢 _____ 才(結婚 西暦 _____ 年 月 日)

離婚(西暦 _____ 年 月) 再婚(西暦 _____ 年 月) 婚約中 内縁 独身

4 不妊期間 (_____ 年 _____ ヶ月)(子供を作りたいと思ったのが何年何ヶ月前からかという意味です)

避妊期間 特にない・ある(西暦 _____ 年 _____ 月～西暦 _____ 年 _____ 月の _____ ヶ月・年間)

5 不妊原因

(原因: _____)

6 今まで精液検査を受けたことがありますか。

ない・ある(病院名: _____ 結果:正常・精子が少ない・運動率が悪い・精子がない・その他)

7 放射線治療・抗がん剤治療を受けたことがありますか？

ない・ある(具体的に _____)

8 おたふく風邪にかかったことはありますか？

ない・ある(_____ 歳ごろ: 睾丸が腫れた・腫れなかった)・不明

9 今までに、「精巣生検」「精巣内精子回収(TESE)などの手術」「染色体検査」「遺伝子検査」などを受けたことがありますか。

ない・ある (歳ごろ具体的に)

10 以下の手術を受けた事がありますか。

停留精巣(辜丸) ない・ある (歳) (左・右)	鼠径ヘルニア ない・ある (歳) (左・右)
陰嚢(精巣)水腫 ない・ある (歳) (左・右)	パイプカット ない・ある (歳)
精巣(辜丸)外傷 ない・ある (歳) (左・右)	
その他精巣、陰嚢、陰茎周囲の手術 ない・ある (左・右) (具体的に)	

11 現在のんでいる薬・サプリメントはありますか。

ない・ある(薬品名)

12 採血・注射・薬・検査・治療によって気分が悪くなったことがありますか。

ない・ある(具体的に)

13 アレルギーはありますか。

ない・ある(具体的に)

14 喘息はありますか。

ない・過去にあった(小児喘息など)・ある(具体的に)

15 緑内障はありますか。

ない・ある(具体的に)

16 今までに「糖尿病」「大怪我」「病気」「手術」をしたことがありますか。産まれた時から現在まで全て記載してください。現在治療中の病気や異常だけでなく、病院での検査や健康診断で異常を指摘されたことがあるもの、過去に治療したことがある病気、怪我なども全て記載してください(肝機能や、心電図異常なども)。

ない・ある (内容、結果)

脊髄損傷の場合は、受傷時期(年齢)と原因を記載してください ()

17 ご本人が今までに診断された「感染症」はございますか。はい いいえ

「はい」とお答えの方は、診断された感染症に○をお付け下さい。

B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV(エイズ) その他 ()

18 ご本人、ご家族または身の周りに結核の方はいらっしゃいますか。 いない いる 続柄()

19 家族に不妊症の方や遺伝的な病気の方がいらっしゃいますか。

いない・いる()

20 喫煙の習慣はありますか。

ない・ある(1日 本)喫煙開始年齢(才)から

21 飲酒の習慣はありますか。 ない ある (毎日・時々飲む)

(1日にビール・日本酒・焼酎・ワインを 本くらい)

22 性生活 一ヶ月の性交回数 (約 回)

23 以下の質問にお答えください。

- ① クラミジア、淋病などの性病にかかったことはありますか？ (無 ・ 有)
- ② ひげを毎日剃りますか？ (いいえ ・ はい;頻度)
- ③ 食べ物や花などのにおいを感じることができますか？ (いいえ ・ はい)
- ④ 射精の状態はどうか？
 1. 射精がない(オルガズム(絶頂感)はない)
 2. 射精がない(オルガズム(絶頂感)はある)
 3. 射精はできる(精液量は少ない)
 4. 射精はできる(精液量は正常)
- ⑤ 性欲(性交をしたい、女性に触れたいといった欲望)はいかがですか？
 1. 全くない
 2. ほとんどない
 3. やや減退している
 4. 正常にある
- ⑥ 射精までの時間はどうか？(長い・短い)
 1. 射精不能
 2. かなり遅い
 3. 遅い
 4. 正常
 5. やや早い
 6. かなり早い
 7. 瞬間的に出てしまう
- ⑦ オルガズム(絶頂感)はどうか？
 1. 全くない
 2. かなり減退している
 3. やや減退している
 4. 十分にある

⑧ 性行為の時の勃起の状態はいかがですか？

1. 陰茎は大きくなるが、硬くない
2. 陰茎は硬いが、挿入に十分なほどではない
3. 陰茎は挿入に十分なほど硬いが、完全には硬くはない
4. 陰茎は完全に硬く、硬直している

24 奥様は、他の病院で治療を受けていますか

受けている・受けていた・受けていない
治療内容を、具体的に記入してください()

25 奥様は、当院を受診していますか いいえ・はい

26 奥様は流産・死産の経験はありますか いいえ・はい(具体的に)

27 当クリニックをどのようにして知りましたか。(□にチェックを入れて下さい。複数回答可)

- 医師からの紹介 (病院名 _____ 医師名 _____)
- 友人・知人からの紹介 (紹介者 _____ 間柄 _____)
- 電話帳 (ハローページ・タウンページ)
- テレビ
- 看板広告 (具体的に _____)
- 新聞記事 (当クリニックの記事・当クリニックの広告)
- 雑誌 (赤ちゃんが欲しい・ジネコ・その他雑誌名: _____)
- ホームページ (キーワード検索・不妊関連サイト・iタウンページ)
- 院外妊活セミナー (参加した _____ ・記事を見た _____)
- 妻に勧められた
- 妻が当院にかかっている
- その他 (_____)

ありがとうございました。