

## <男性問診票>

妻ID ( )

受付日 令和 年 月 日

|            |                      |          |            |
|------------|----------------------|----------|------------|
| ふりがな<br>氏名 |                      | 職業       | 国籍 ※日本以外の方 |
|            |                      |          |            |
| 生年月日       | 西暦 年 月 日             | 年齢 ( ) 才 | 携帯電話番号     |
| 住所         | ※パートナーと異なる場合のみご記入下さい |          |            |

|              |  |
|--------------|--|
| 身体情報         | 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg  |
| 結婚について       | <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (入籍予定 有 無) <input type="checkbox"/> 事実婚  |
| 個人歴について      | 不妊期間 <input type="checkbox"/> あり ( 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 無<br>子供 <input type="checkbox"/> あり ( 才) <input type="checkbox"/> 無  |
| 性功能について      | 性欲 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない方 <input type="checkbox"/> ない  |
|              | 勃起 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない  |
|              | 性交渉 <input type="checkbox"/> できる ( 回/月) <input type="checkbox"/> 困難  |
|              | 射精 (腔内で) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難<br>射精 (マスターベーションで) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難  |
| 不妊検査治療について   | 精液検査 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (正常/異常 )<br>男性不妊の治療 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )   |
| 病歴について       | 下記の病気、手術 ( <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある )<br><input type="checkbox"/> 停留睾丸手術 <input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア手術 <input type="checkbox"/> 陰嚢水腫 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)<br><input type="checkbox"/> 前立腺炎 <input type="checkbox"/> 性病 ( )<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症                       |
| 薬について        | 下記の薬の内服 ( <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある)<br><input type="checkbox"/> 高血圧治療薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症治療薬 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 痛風治療薬<br><input type="checkbox"/> 乾癬治療薬 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 育毛剤 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| アレルギーについて    | 注射薬や内服薬でのアレルギー <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし   |
| 喫煙について       | タバコを吸われていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 本/日 、 年間)   |
| 検査結果など       | 今後、採血などの検査結果を奥様にお伝えしてもよいでしょうか<br><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 必ず本人に伝えてほしい  |
| 当院への希望 (複数可) | <input type="checkbox"/> 治療検査などゆっくりすすめていきたい <input type="checkbox"/> できるだけ自然な妊娠を希望している<br><input type="checkbox"/> とにかく早く子供がほしい、治療方法に関しては、こだわりがない<br><input type="checkbox"/> スタンダードな治療から、提案を希望<br><input type="checkbox"/> 頻回の受診は困難だ <input type="checkbox"/> 積極的に治療、来院を希望している  |
| その他          | 何かありましたらお書き下さい<br>( )  |