

男性用問診票

初診日 西暦 年 月 日

*これからの診察に参考に致しますので正確にご記入および をお願いいたします。

*当院では「個人情報の保護に関する法律」に従い、患者様の個人情報を厳重に取り扱っています。

| | |
|--|----------------------------------|
| フリガナ ----- 氏名 | 生年月日 () 歳 ----- S・H 年 月 日 |
| 住所 (〒 -) ----- | |
| 自宅 電話番号 | 携帯 電話番号 |
| 当院から連絡する場合 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 (留守番電話 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG) | |

来院目的をお聞かせください。

男性不妊に関する相談 精液検査

以下の質問にお答えください。

| | | |
|---|--|--|
| 1 | 出生地 | (県・府) (市) (町) |
| 2 | 出生時における両親の年齢 | 父 (歳) 母 (歳) |
| 3 | 両親の状態 | 父 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気あり (病名:) <input type="checkbox"/> 病死 (死因:) 母 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気あり (病名:) <input type="checkbox"/> 病死 (死因:) |
| 4 | あなたを入れて生存兄弟姉妹の合計 | (人) |
| | あなたはそのうち | (番目) |
| 5 | 死産された兄弟はありますか? | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (人) |
| 6 | 死産されて子供のいない方が兄弟姉妹におられますか? | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹) |
| 7 | 家族に遺伝的な病気はありますか? | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病気:) |
| 8 | 家族に血族結婚はありますか? | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 9 | 子供のとき以来かかった病気を教えてください。 | |
| | <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 猩紅熱 <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 | |

次項もご記入ください。

| | |
|----|---|
| 10 | いままでに何か手術を受けたことがありますか？ ----- □ なし □ あり（手術名： _____） |
| 11 | 睾丸をけられたとか、ボールがあたったことはありませんか？ □ なし □ あり |
| 12 | 学童期の身長は？ □ 高い方だった □ 中くらいだった □ 低い方だった |
| 13 | 過去および現在の職業で次の物質や環境に接することはありませんでしたか？ ----- □ 鉛 □ 水銀 □ ヒ素 □ 一酸化炭素 □ カドミウム □ 高熱環境 □ 低温環境 □ 放射能 □ 酸素不足 |
| 14 | 現在の職業は次のどれですか？ □ 事務的 □ 半事務的半肉体労働 □ 肉体労働 |
| 15 | はじめて陰毛が生え、声がわりした年齢 (_____ 歳) または □ 中学 (_____ 年) □ 高校 (_____ 年) |
| 16 | はじめて射精（夢精）を経験した年齢 (_____ 歳) または □ 中学 (_____ 年) □ 高校 (_____ 年) |
| 17 | はじめて性交を経験した年齢 (_____ 歳) |
| 18 | 結婚の年齢 (_____ 歳) □ 初婚 □ 再婚 |
| 19 | 結婚してからの年数 (_____ 年) もし避妊をしていたらその期間 (_____ 年 _____ ヶ月) |
| 20 | 現在の性欲 □ つよい □ ふつう □ よわい |
| 21 | 性交回数 週 (_____ 回) |
| 22 | 性交は満足に遂行できますか？ □ できる □ できない |
| 23 | 妻の健康状態 □ 健康 □ 病気あり（病名： _____） |
| 24 | 妻の年齢 (_____ 歳) おなまえ（フリガナ） _____ (_____) |
| 25 | 妻は産婦人科で診てもらっている □ はい(当院・他院) □ いいえ |
| 26 | あなたご自身は今まで精液の検査を受けたことが □ ある □ ない |
| 27 | もしあるときは、どういう結果でしたか？ □ 正常 □ 精子が少ない □ 精子がない |
| 28 | 今までホルモンなどによる治療を受けたことは？ □ ある □ ない |
| 29 | 現在のあなたの健康状態 □ よい □ 病気あり（病名： _____） |
| 30 | ヒゲは？ □ 毎日そる □ 週 (_____ 回) そる |
| 31 | 血液型 夫 (_____ 型) 妻 (_____ 型) |

ご協力ありがとうございました。