

不妊外来問診票

平成 年 月 日
ID ()

氏名 ()

○日常生活について

- ①朝の出勤時間：平均_____時頃 / 帰宅時間：平均_____時頃
②お仕事は忙しいですか？ あまり忙しくない 普通 忙しい とても忙しい
③勤務にストレスを感じますか？ 強い あまりない ない
④残業はありますか？ ない / ある：平均_____時間/1ヶ月
⑤出張はありますか？ ない / ある：平均_____回/1ヶ月
⑥タバコは吸いますか？ いいえ / はい：平均_____本/1日
⑦お酒は飲みますか？ いいえ / 時々 / 毎日

○病歴について

①現在、通院中の方はご記入ください。

疾患名 () 病院名 ()

②現在、内服している薬はありますか？

いいえ / はい (薬名：)

③アレルギーがある方はご記入ください。

薬名 () 食物 () その他 ()

④これまでに下記のような病気にかかったことがありますか？ (複数回答可)

- 癌 () 結核 糖尿病 心疾患 高血圧 喘息 腎疾患
肝疾患 痛風 精神疾患 潰瘍性大腸炎 流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)
睾丸炎 副睾丸炎 停留睾丸 陰嚢水腫 鼠径ヘルニア クラミジア
淋病 梅毒 B型肝炎 C型肝炎
その他 ()

⑤手術や入院をしたことがありますか？

ない / ある (いつ頃： 年 月 / 病名： / 病院名：)

⑥小児期に高熱が続いたことがありますか？

ない / ある (いつ頃： 歳頃 / 病名：)

⑦交通事故や入院をしたことがありますか？ ない / ある (歳)

⑧育毛剤内服薬 (プロペシア・ザガーロなど) を使用していますか？

していない / している (年 月頃～)

⑨放射線治療を受けたことがありますか？

ない / ある (年 月～ 年 月)

⑩抗ガン剤の投与を受けたことがありますか？

ない / ある (年 月～ 年 月)

○下記の検査の受診歴をご記入ください。

検査	選択してください
精液検査	なし / あり→H 年 月【 正常 / 異常 / 不明 】

○性生活について、あてはまる項目に○をつけてください。

	結婚した頃	現在
性欲	①正常にあった ②やや減退していた ③ほとんどなかった ④全くなかった	①正常にある ②やや減退している ③ほとんどない ④全くない
射精	①膣内射精はできた ②勃起不全 ③勃起はするが膣内射精できなかった	①膣内射精できる ②勃起不全 ③勃起はするが膣内射精できない

今までに勃起不全治療薬（バイアグラなど）を使用したことがありますか？

ない / ある

→「ない」とお答えの方は、勃起不全の治療薬を： 使ってみたい / 興味がない

→「ある」とお答えの方は、今後も必要としますか？： 必要 / 不必要

今後、精液検査・採血およびその他全ての 結果を奥様に伝えることに対して	同意する / 同意しない (※必ず上記どちらかお選びください)
--	------------------------------------

○その他、何かございましたらご自由にお書き下さい。

ご記入ありがとうございました。