

不妊外来問診票

年 月 日

ID ()

氏名 ()

○結婚： _____年____月____日 / 婚約中 / 未婚

夫： 初婚 / 再婚 (子ども： 有 / 無)

妻： 初婚 / 再婚 (子ども： 有 / 無)

○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～)

【裏面へ続きます】

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 → 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。