

問診票（男性用）

この問診票から得た情報は診療目的以外には使用しません。また、個人情報厳格に守秘いたします。

お分かりになる範囲でかまいませんので、なるべく詳しくご回答ください。

1) 本人について

ふりがな 名前		職業			
住所	〒	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)		
		電話番号 (携帯電話可)			
身長	cm	体重	kg	血液型	型

2) ライフスタイルについて

1、飲酒

①頻度 (毎日飲む ・ 週に何度か飲む ・ 月に何度か飲む ・ めったに飲まない ・ 飲まない)

②量 (ml)

2、たばこを吸いますか (はい : 1日 本、喫煙歴 年 ・ いいえ)

3、睡眠

①就寝時間 (時 分 ~ 時 分)

②睡眠の質 (よい ・ 寝つきが悪い ・ 何度も目が覚める ・ よく夢を見る ・ 寝覚めが悪い)

4、ストレス

①日常の中でストレスを感じますか (はい ・ いいえ)

②どのようなときにストレスを感じますか 差し支えない範囲でご記入ください

()

5、身体の状態

①現在、気になる症状はありますか

(コリ・痛み・しびれ・違和感・疲労感・下痢・便秘・その他 :)

②食欲はありますか (ある ・ ない)

③そけいヘルニアの手術を受けたことはありますか (ある ・ ない)

④流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) に罹ったことはありますか (ある ・ ない)

⑤今までに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか (ある ・ ない)

⑥現在飲んでいる薬、サプリメントはありますか (ある ・ ない)

⑦⑥で「ある」と回答した方 何の薬、サプリメントを飲んでありますか

()

3) 夫婦間について

- 1、結婚したのはいつですか (年 月)
- 2、避妊していた期間はありますか (ある : ヶ月間 ・ ない)
- 3、お子さんを望んでいるのはどなたですか (夫 ・ 妻 ・ 祖父母 ・ その他)
- 4、1ヶ月あたりの性交渉の回数は何回ですか (回)
- 5、性欲はありますか (ある ・ ない)
- 6、問題なく性交渉できますか (はい ・ いいえ)
- 7、射精しますか (する ・ しない)
- 8、性交渉を辛いと感じることがありますか (ある ・ ない)
- 9、辛いと感じる理由を差し支えない範囲でご記入ください
(_____)

4) 病院の受診について

- 1、現在まで赤ちゃん希望で医療機関に受診したことはありますか (はい ・ いいえ)
- 2、初めて受診したのはいつですか (年 月)
- 3、現在も通院中ですか (はい ・ いいえ)
- 4、受診したことのある医療機関名を教えてください
(_____)
- 5、現在の治療について (タイミング法 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精)
- 6、今後の治療計画について (タイミング法 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精)

5) 精液検査について

- 1、当院では精液の測定ができます 測定を希望しますか (希望する ・ 希望しない)
- 2、精液検査をしたことはありますか (ある ・ ない)
- 3、検査結果 (検査結果をご持参いただくか、または以下の表にご記入ください)

検査項目	1回目	2回目	3回目	4回目
医療機関名				
検査日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
採精方法	院内 ・ 持込	院内 ・ 持込	院内 ・ 持込	院内 ・ 持込
精液量	ml	ml	ml	ml
精子数	$\times 10^6$	$\times 10^6$	$\times 10^6$	$\times 10^6$
精子濃度	$\times 10^6/ml$	$\times 10^6/ml$	$\times 10^6/ml$	$\times 10^6/ml$
総運動率	%	%	%	%
高速運動率	%	%	%	%

6) 奥様について (奥様が当院に通院中の場合は省略してかまいません)

- 1、生年月日 (S・H 年 月 日 歳)
- 2、職業 ()
- 3、身長 (cm) 体重 (kg) 血液型 (型)
- 4、飲酒
- ①頻度 (毎日飲む ・ 週に何回か飲む ・ 月に何回か飲む ・ めったに飲まない ・ 飲まない)
- ②量 (ml)
- 5、たばこを吸いますか (はい：1日 本、喫煙歴 年 ・ いいえ)
- 6、就寝時間 (時 分 ~ 時 分)
- 7、身体の状態
- ①今までに大きな病気や怪我、手術の経験はありますか (ある ・ ない ・ わからない)
- ②現在、飲んでいる薬はありますか (ある ・ ない ・ わからない)
- 8、奥さんの家系に糖尿病の方はいますか (はい ・ いいえ ・ わからない)
- 9、奥さんは今まで妊娠したことはありますか (はい ・ いいえ ・ わからない)
- 10、病院の受診について
- ①奥さんは現在不妊症で医療機関を受診していますか (はい ・ いいえ ・ わからない)
- ②医療機関を受診した際に診断名をいわれましたか
(はい：診断名 _____ ・ いいえ ・ わからない)

7) その他

- 1、当院は何で知りましたか
(紹介： _____ 様 ・ ネット ・ 口コミ ・ 看板 ・ チラシ ・ 他)
- 2、質問、ご要望等があればご記入ください

※これまで病院で精液検査、血液検査、画像診断等の各種検査を受けたことがありましたら、治療の際に参考とさせていただきますので検査結果をご持参ください。