

問診票

男性不妊症

年 月 日

ふりがな

氏名

昭

生年月日 平 年 月 日 (歳)

住所

職業

電話番号 (自宅)

(携帯)

妻の診察券No.

妻の
氏名

ふりがな

妻の
氏名

昭

生年月日 平 年 月 日 (歳)

妻の職業

次の質問に答え、受付にお渡しください。当てはまるものを選び、空欄にはご記入ください。
わからない場合や当てはまらない場合は空欄のままで結構です。

連絡事項が生じた場合に、クリニックからお電話にてご連絡をさしあげる場合があります。

ご連絡をさしあげてもよろしいですか? いいえ・はい

- ご連絡はどちらの電話番号にさしあげますか? 自宅・携帯電話
- ご本人が不在の場合に、内容をお伝えしてよろしいですか? はい・いいえ
- 留守番電話に内容を録音してよろしいですか? はい・いいえ
- 連絡時はどのように名乗ればよろしいですか? 個人名「〇〇」で・病院名で

検査結果等個人情報に関する内容については、電話での
問い合わせに応じない事を、承諾します。(医師から指示の
あった場合はこの限りではない)

はい・いいえ
(▶いいえを選んだ場合、当クリニックでの
診察はお受けできません)

●結婚時の年齢 歳 初婚 再婚 妻が再婚

●結婚期間 年 カ月 子供は いない・いる (▶いる場合 人 歳)

●奥様は、流産・死産の経験がありますか? ない・ある (▶ある場合 流産・死産)

●子供を作りたいと思ったのは 年 カ月位前から

●おたふくかぜにかかったことはありますか? ない・ある (▶ある場合 歳) この時睾丸が
腫れた・腫れなかった・不明

●停留精巣の手術を受けたことがありますか? ない・ある (▶ある場合 歳 左・右)

●陰嚢水腫の手術を受けたことがありますか? ない・ある (▶ある場合 歳 左・右)

●睾丸の外傷を受けたことがありますか? ない・ある (▶ある場合 歳 左・右)

●パイプカットの手術を受けたことがありますか? ない・ある (▶ある場合 歳)

● 脱腸（ヘルニア）の手術を受けたことがありますか？ ない・ある（▶ある場合 歳）

● 他に何か手術を受けたことがありますか？ ない・ある（▶ある場合 歳）

● 糖尿病等の大きな病気にかかったことはありますか？ ない・ある（▶ある場合 病名）

● 性病にかかったことはありますか？ ない・ある（▶ある場合 病名）

● 薬によるアレルギーはありますか？ ない・ある（▶ある場合 薬品名）

● 現在、飲み続けている薬はありますか？ ない・ある（▶ある場合 薬品名）

● 放射線治療を受けたことがありますか？ ない・ある（▶ある場合 病名）

● 抗がん剤治療を受けたことがありますか？ ない・ある（▶ある場合 病名）

● タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う（▶吸う場合 本/日）

● ひげは毎日剃りますか？ はい・いいえ（▶いいえの場合 日に一度）

● 兄弟・姉妹はいますか？ いない・いる（▶いる場合 人）

● その兄弟・姉妹に子供はいますか？ いない・いる（▶いる場合 人）

● ご家族に遺伝的な病気はありますか？ ない・ある（▶ある場合 病名）

● 性欲（性交をしたい、女性に触れたいといった願望）は
いかがですか？ 正常にある やや減退している
 ほとんどない 全くない

● 勃起・性行為の時の勃起の状態はいかがですか？ 勃起は正常で、性交可能である。持続力も良い
 勃起はするが、膣内に挿入するとすぐに委縮してしまう
 勃起力が弱く、膣内への挿入は不可能である
 どのような刺激をしても、全く勃起しない

● 射精の状態はいかがですか？ 射精はできる（精液量は正常）
 射精はできる（精液量は少ない）
 射精はない（オルガズム（絶頂感）はある）
 射精はない（オルガズム（絶頂感）はない）

● 射精までの時間はいかがですか？ かなり遅い 遅い 正常
 やや早い かなり早い 射精不能
 瞬間的に出てしまう

● オルガズム（絶頂感）はいかがですか？ 十分にある やや減退している
 かなり減退している 全くない

● ご夫婦の性交回数は月に何回くらいですか？ 回/月

● 今までに精液検査を受けたことがありますか？ ない・ある（▶ある場合 年 月頃 病名）

● 奥様は他の病院で不妊治療を受けていますか？ 受けている 受けていた 受けていない
▶受けている場合、治療内容を具体的にご記入ください。

● 当クリニックはどのようにしてお知りになりましたか？
 インターネット 雑誌（雑誌名） 知人からの紹介（紹介者氏名）
 他院からの紹介（病院名） 紹介医 氏名 その他（）