

生殖外来問診票 (男性用)

当院では、ご提供頂いた個人情報は医療サービスの提供・医療保険事務などの目的に利用させていただきます。

患者様の個人情報が外部に漏れることはありません。

受診日 年 月 日

本人 <small>ふりがな</small> 氏名：	生年月日：西暦 年 月 日 (歳)
----------------------------	---------------------

妻 (パートナー) <small>ふりがな</small> 氏名：	生年月日：西暦 年 月 日 (歳)
-----------------------------------	---------------------

連絡先 〒 _____ 住所 _____

TEL ①ご本人様携帯 (_____)

緊急連絡先 (_____) ※①のご連絡先に繋がらない場合や、緊急時にご連絡させていただきます。

{ □妻(パートナー) □ご家族など (_____ 様：続柄 _____) }

※当院より電話・郵送でご連絡する場合、病院名を告げてもよろしいですか (はい ・ いいえ)

ご職業 (具体的にご記入ください) :

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____

本日はどのような目的でご来院されましたか。

不妊検査と治療希望 (タイミング療法 人工授精 体外受精・顕微授精)

他院からの紹介 (病院名： _____)

他院で不妊治療しているが、病院を変えたい

体外受精のセカンドオピニオン

不育症検査希望 (習慣性流産の検査)

プライダルチェック (不妊検査のみ希望)

その他 (_____)

1. あてはまる□に✓を付け、必要事項をご記入ください。

- ・ 結婚歴 既婚 (年 月：初婚・再婚) 本人 () 歳 妻 () 歳の時
 事実婚 - 現在 (同居 ・ 別居)
 未婚 - ご結婚の予定： なし ・ あり (年 月 日入籍予定)
- ・ 妻(パートナー) 初婚 再婚・再々婚： お子様の有無 (なし ・ あり) 人
- ・ 不妊期間 (避妊をせず、妊娠を希望してからの期間)： 年 ヶ月 (年 月 ~ 年 月まで)

2. 下記の病気をしたことがありますか。

いいえ

はい ⇒喘息 ・ 膠原病 (慢性関節リウマチなど) ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心疾患 ・ 甲状腺疾患
 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ 悪性腫瘍 ・ 血液疾患 ・ 血栓症 ・ 結核 ・ てんかん ・ 精神疾患
 感染症 (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ クラミジア ・ 性器ヘルペスなど)
 停留睪丸 ・ おたふくかぜ (思春期以降で) ・ 39度以上の発熱 (思春期以降で)
 睪丸を打って腫れた ・ 陰嚢水腫 ・ ED ・ その他 (_____)

※現在、気になる自覚症状がありましたらご記入ください。
 (_____)

※上記にあてはまる場合、詳細を下記にご記入ください。

病名	年/月	年齢	手術	病院名	経過
1	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術名 (_____)		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察
2	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術名 (_____)		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察
3	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術名 (_____)		<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察

• これまでに抗がん剤治療や放射線治療を受けたことはありますか。

いいえ

はい ⇒ 治療時期 : (年 月 ~ 年 月)
治療施設名 : ()
その時の病名 : ()

• 薬や食物のアレルギーはありますか。 いいえ はい ⇒ 薬品名 ()
食品名 ()

• 現在内服しているお薬はありますか。 いいえ はい ⇒ 薬品名 ()
薬品名 ()

3. 現在の生活に関することについてご記入ください。

• 性生活 : 1か月の性交回数 約 () 回 • 困難である

• 性欲 : ある あまりない 全くない

• 勃起 : する しない

• 射精 : (膣内で) 出来る できない
 (マスターベーションで) 出来る できない

• 飲酒の習慣はありますか。 いいえ はい ⇒ 毎日 (ml程度) • 週数回 • 月数回

• 喫煙の習慣はありますか。 いいえ はい ⇒ (本/日)

4. 今までに受けた不妊検査・不妊治療についてご記入ください。

• これまでに精液検査を受けたことがありますか。

受けたことがない

受けたことがある ⇒ 施設名 : _____

(年 月) の検査結果 : 正常 数が少ない 動きが弱い 精子がない
 その他 ()

• これまでに不妊治療を受けたことがありますか。

受けたことがない

受けたことがある ⇒ 施設名 : _____

タイミング法 人工授精 体外受精 顕微授精

精巣内精子回収法 (TESE、またはMD-TESE)

その他 ()

ご記入は以上となります。
ご協力をいただき、ありがとうございました。