

## 問診票(男性)

※災害時・緊急時などにもどうしてもご連絡が必要な場合もありますので、正確にご記入ください。

(夫)	フリガナ	生年月日(必須)
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	職業： 携帯メールアドレス(「.」「_」「-」などの記号は明瞭に)
(妻)	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	職業： 携帯メールアドレス(「.」「_」「-」などの記号は明瞭に)
ご住所 (必須)	〒	自宅電話 自宅メールアドレス

※個人情報当院が診療に必要な用途以外には使いません。

※病院から自宅に連絡を受ける際、病院名(京野アートクリニック高輪)を告げても良いか。良い・悪い

※当院の妊活セミナーに参加されたことはありますか。(はい 年 月・いいえ)

1 血液型 \_\_\_\_\_ 型 RH(+)・(-) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

2 当院で希望する治療は何ですか。

検査 ・ ファティリティチェック ・ 男性不妊の治療 ・ 人工授精 ・ 体外受精  
その他 ( )

3 結婚歴 結婚した時の年齢 \_\_\_\_\_ 才(結婚 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日)

離婚(西暦 \_\_\_\_\_ 年 月) 再婚(西暦 \_\_\_\_\_ 年 月) 婚約中 内縁 独身

4 不妊期間 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月)(子供を作りたいと思ったのが何年何ヶ月前からかという意味です)

避妊期間 特にない・ある(西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月の \_\_\_\_\_ ヶ月・年間)

5 不妊原因

(原因: \_\_\_\_\_ )

6 今まで精液検査を受けたことがありますか。

ない・ある(病院名: \_\_\_\_\_ 結果:正常・精子が少ない・運動率が悪い・精子がない・その他)

7 放射線治療・抗がん剤治療を受けたことがありますか？

ない・ある(具体的に \_\_\_\_\_ )

8 おたふく風邪にかかったことはありますか？

ない・ある( \_\_\_\_\_ 歳ごろ: 睾丸が腫れた・腫れなかった)・不明

9 今までに、「精巣生検」「精巣内精子回収(TESE)などの手術」「染色体検査」「遺伝子検査」などを受けたことがありますか。

ない・ある ( 歳ごろ具体的に )

10 以下の手術を受けた事がありますか。

停留精巣(辜丸) ない・ある ( 歳) (左・右)	鼠径ヘルニア ない・ある ( 歳) (左・右)
陰嚢(精巣)水腫 ない・ある ( 歳) (左・右)	パイプカット ない・ある ( 歳)
精巣(辜丸)外傷 ない・ある ( 歳) (左・右)	
その他精巣、陰嚢、陰莖周囲の手術 ない・ある (左・右) (具体的に )	

11 現在のんでいる薬・サプリメントはありますか。

ない・ある(薬品名 )

12 採血・注射・薬・検査・治療によって気分が悪くなったことがありますか。

ない・ある(具体的に )

13 アレルギーはありますか。

ない・ある(具体的に )

14 喘息はありますか。

ない・過去にあった(小児喘息など)・ある(具体的に )

15 緑内障はありますか。

ない・ある(具体的に )

16 今までに「糖尿病」「大怪我」「病気」「手術」をしたことがありますか。産まれた時から現在まで全て記載してください。現在治療中の病気や異常だけでなく、病院での検査や健康診断で異常を指摘されたことがあるもの、過去に治療したことがある病気、怪我なども全て記載してください(肝機能や、心電図異常なども)。

ない・ある (内容、結果 )

脊髄損傷の場合は、受傷時期(年齢)と原因を記載してください ( )

17 ご本人が今までに診断された「感染症」はございますか。はい いいえ

「はい」とお答えの方は、診断された感染症に○をお付け下さい。

B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV(エイズ) その他 ( )

18 ご本人、ご家族または身の周りに結核の方はいらっしゃいますか。 いない いる 続柄( )

19 家族に不妊症の方や遺伝的な病気の方がいらっしゃいますか。

いない・いる( )

20 喫煙の習慣はありますか。

ない・ある(1日 本)喫煙開始年齢( 才)から

21 飲酒の習慣はありますか。 ない ある ( 毎日・時々飲む )

(1日にビール・日本酒・焼酎・ワインを 本くらい)

22 性生活 一ヶ月の性交回数 (約 回)

23 以下の質問にお答えください。

- ① クラミジア、淋病などの性病にかかったことはありますか？ ( 無 ・ 有 )
- ② ひげを毎日剃りますか？ (いいえ ・ はい;頻度 )
- ③ 食べ物や花などのにおいを感じることができますか？ ( いいえ ・ はい )
- ④ 射精の状態はどうか？
  1. 射精がない(オルガズム(絶頂感)はない)
  2. 射精がない(オルガズム(絶頂感)はある)
  3. 射精はできる(精液量は少ない)
  4. 射精はできる(精液量は正常)
- ⑤ 性欲(性交をしたい、女性に触れたいといった欲望)はいかがですか？
  1. 全くない
  2. ほとんどない
  3. やや減退している
  4. 正常にある
- ⑥ 射精までの時間はどうか？(長い・短い)
  1. 射精不能
  2. かなり遅い
  3. 遅い
  4. 正常
  5. やや早い
  6. かなり早い
  7. 瞬間的に出てしまう
- ⑦ オルガズム(絶頂感)はどうか？
  1. 全くない
  2. かなり減退している
  3. やや減退している
  4. 十分にある

⑧ 性行為の時の勃起の状態はいかがですか？

1. 陰茎は大きくなるが、硬くない
2. 陰茎は硬いが、挿入に十分なほどではない
3. 陰茎は挿入に十分なほど硬いが、完全には硬くはない
4. 陰茎は完全に硬く、硬直している

24 奥様は、他の病院で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  
治療内容を、具体的に記入してください( )

25 奥様は、当院を受診していますか いいえ・はい

26 奥様は流産・死産の経験はありますか いいえ・はい(具体的に )

27 当クリニックをどのようにして知りましたか。(□にチェックを入れて下さい。複数回答可)

- 医師からの紹介 (病院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ )
- 友人・知人からの紹介 (紹介者 \_\_\_\_\_ 間柄 \_\_\_\_\_ )
- 電話帳 (ハローページ・タウンページ)
- テレビ
- 看板広告 (具体的に \_\_\_\_\_ )
- 新聞記事 (当クリニックの記事・当クリニックの広告)
- 雑誌 (赤ちゃんが欲しい・ジネコ・その他雑誌名: \_\_\_\_\_ )
- ホームページ (キーワード検索・不妊関連サイト・iタウンページ)
- 院外妊活セミナー ( 参加した \_\_\_\_\_ ・ 記事を見た \_\_\_\_\_ )
- 妻に勧められた
- 妻が当院にかかっている
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

ありがとうございました。