

初診受付・問診票（男性）

年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢	未婚・結婚予定
氏名	男 女	昭 平	年 月 日	既婚（ 才で結婚） 再婚・初婚
住所	〒（ ） e-mail :			ご 職 業
電話番号 :	身長 :	cm	体重 :	kg

(1) 本日はどのようなことで来院されましたか？

- 1 精液検査 4 精子凍結保存 7 性感染症
2 不妊の相談 5 夫婦生活の相談 8 その他 ()
3 不妊初診検査 6 男性更年期症状

(2) 上記1～4に丸をつけた方は、以下の質問にご回答ください。

- 1 不妊期間 (年 月) 避妊期間 (なし・あり : 年)
2 今まで精液検査を受けたことがある (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)
3 禁欲日数 (日間) ※精液検査を受ける前は2日以上7日未満の禁欲を推奨
4 勃起しますか (する・しにくい・全くしない)
5 射精しますか (する・しにくい・全くしない)
6 現在の奥様との間でお子様は (なし・あり : 人)
7 奥様は流産や死産をしたことは (なし・あり : 流産 回 死産 回)
8 夫婦間のセックスにトラブルは (なし・あり :)
9 夫婦生活は月に (回)
10 奥様の年齢 (才)
11 奥様が過去に大きなご病気かかられた場合はお書きください ()

(3) 生活習慣・既往歴についてお答えください。

- 1 たばこ (吸わない・吸う)
2 お酒 (飲まない・飲む : ml程度/毎日 ・ 週 回 ・ 月 回)
3 薬や食品にアレルギーがありましたらご記入ください ()
4 現在内服中の薬がありましたら丸をつけてください。
抗ヒスタミン剤 ・ 胃薬 ・ 風邪薬 ・ ステロイド剤 ・ プロペシア (脱毛治療薬)
その他 ()
5 以下の病気で手術や治療を受けたことがありましたら丸をつけてください。
停留精巣 ・ 鼠径ヘルニア ・ 睪丸の外傷 ・ 精巣腫瘍 ・ 精巣上体炎 ・ おたふく風邪
6 その他これまでにかったことのある病気や治療中の病気、手術歴があればお書きください ()
7 現在服用しているサプリメントがございましたら丸をつけてください。
マカ ・ 亜鉛 ・ ビタミンC ・ ビタミンE ・ その他 ()

(4) 当院を受診されたきっかけを教えてください。

- 知人から聞いて・インターネットで調べて・ホームページを見て・看板を見て
以前受診したことがある・近いから・その他 ()