

生殖医療（不妊治療）初診時間診票：男性用

NO.1

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
夫氏名		妻氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
職業		職業	
住所		住所	
TEL		TEL	

本問診票における個人情報収集は医療提供を行う為に使用する目的で収集したものであり、
他の目的で使用する事及び第三者に提供・開示することは一切ありません
また、個人情報について細心の注意と最大限の努力をもって保護・管理を行います
※当院の個人情報の取り扱い・マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？
はい ・ いいえ

本日はどのようなことで来院されましたか

- ☐ 検査目的 ☐ 治療目的
☐ 相談

結婚・不妊歴について

不妊期間 年 ヶ月

- ☐ 結婚 (西暦 年 月)
☐ 再婚 (西暦 年 月)
☐ 未婚 (西暦 年 月結婚予定)
☐ 事実婚 (住民票が同じ住所にあり、かつ生計を共にしている状態) → 戸籍謄本を持参してください

お子さんはいますか ☐ なし ☐ あり () 人

あなたのことをお尋ねします

身長 cm 体重 kg 血液型 型 (Rh + -)
喫煙 ☐ なし ☐ あり (本/日 ・ 現在は吸っていない)
飲酒 ☐ なし ☐ あり (1日 を 杯) (飲酒頻度：週に 回)

次の物質や環境に接することがありますか

☐ なし ☐ 鉛 ☐ 水銀 ☐ 高熱環境 ☐ 低温環境 ☐ 放射能 ☐ 有機溶剤

趣味 ☐ なし ☐ スポーツ () ☐ 温泉やサウナ ☐ 自転車やバイク

ご家族 ご家族に遺伝的な病気はありますか ☐ なし ☐ あり 病名 ()

育毛剤を使用していますか ☐ なし ☐ あり 薬品名 ()

常用している薬やサプリメントはありますか ☐ なし ☐ あり 薬品名 ()

健康診断で異常を指摘されたことがありますか ☐ なし ☐ あり 内容 ()

次へお進みください

厚仁病院産婦人科 NO.1

39度以上の熱が出たことがありますか ☐なし ☐あり () 歳ごろ
性病にかかったことがありますか ☐なし ☐あり () 歳ごろ
睾丸を打って腫れたことがありますか ☐なし ☐あり () 歳ごろ
睾丸を下す手術をしたことがありますか ☐なし ☐あり () 歳ごろ
鼠径ヘルニア（脱腸）の手術をしたことがありますか ☐なし ☐あり () 歳ごろ
睾丸のふくろ（陰嚢）に水が溜まったことがありますか ☐なし ☐あり () 歳ごろ
おたふく風邪にかかったことがありますか ☐なし ☐あり () 歳ごろ

☐ありの方に質問です

その時に精巣は腫れましたか

☐腫れなかった☐腫れた

今までに経験された病気や現在もお持ちの病気はありますか

☐特に何もなし

☐ 高血圧	☐ （西暦 年から 病院名： ） ☐ 定期通院中 ☐ 内服あり（薬品名： ）
☐ 糖尿病	☐ （西暦 年から 病院名： ） ☐ 定期通院中 ☐ 内服あり（薬品名： ）
☐ 喘息	☐ （西暦 年から 病院名： ） ☐ 定期通院中 ☐ 内服あり（薬品名： ）
☐ てんかん	☐ （西暦 年から 病院名： ） ☐ 定期通院中 ☐ 内服あり（薬品名： ）
☐ 精神疾患	☐ （西暦 年から 病院名： ） ☐ 定期通院中 ☐ 内服あり（薬品名： ）
☐ その他（	）

アレルギーはありますか

☐なし ☐あり（☐薬： ☐食物： ☐その他： ）

性について、これまでの治療について質問です

性欲はありますか ☐なし ☐あり
性行為は ☐なし ☐あり () 回/週・月
精液検査を受けたことがありますか ☐なし ☐あり
男性不妊としての検査を受けたことがありますか ☐なし ☐あり
二次性徴（声変わり・陰毛など）はいつ頃ですか () 歳ごろ
性生活に支障をきたすことがありますか ☐なし ☐あり

☐ありの方に質問です どのような内容ですか☐勃起障害☐射精障害☐性交できない☐その他（

）

過去に他院の精液検査や不妊治療を受けたことがありますか

☐なし ☐あり

内容（ ）