

## 2 男性問診票

全て必須

当院で希望する治療に○印を記載(選択)

検査	タイミング法	人工授精	体外受精／顕微授精
TESE	セカンドオピニオン	その他( )	

当院に来られたきっかけは何ですか(選択)

医師の紹介( )	知人の紹介( )	雑誌	本
テレビ	インターネット	石川ブログ	その他

結婚していますか(選択)

はい	いいえ(離婚 再婚 婚約)
----	---------------

結婚されている場合、それはいつですか

①	年	月	①	年	月
---	---	---	---	---	---

再婚の場合、前妻との間に妊娠したことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

妊娠を目指したのはいつ頃からですか

年	月
---	---

避妊期間がありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、いつからいつまでですか

年	月	～	年	月
---	---	---	---	---

性行為に支障がありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

今までに不妊症の検査をしましたか(選択)

はい	いいえ
----	-----

性機能についてお尋ねします

性欲はありますか(選択)

ある	ない
----	----

勃起しますか(選択)

する	しない
----	-----

射精しますか(選択)

する	しない
----	-----

性行為の回数(1週間あたり)

回

精液検査を受けたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

男性不妊としての治療を受けたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

39℃以上の熱が出たことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

性病にかかったことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

ある場合には、その詳細をお書きください

--

睾丸を打って腫れたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

睾丸を降ろす手術をしたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

鼠径ヘルニア(脱腸)の手術をしたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

睾丸の袋(陰のう)に水が溜まったことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

次の病気になったことがある場合に○印を記載(選択)

結核	糖尿病	おたふく風邪
----	-----	--------

ステロイドホルモンまたは精神科の薬を使ったことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

薬剤や食物で何か症状が出たことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、名前と症状をお書きください

タバコを吸いますか(選択)

はい:1日( )本	いいえ
-----------	-----

お酒を飲みますか(選択)

はい:週に( )回	いいえ
-----------	-----

食欲はありますか(選択)

普通	ない
----	----

睡眠は良好ですか(選択)

普通	悪い
----	----

便通は良好ですか(選択)

普通	悪い
----	----

小便回数は何回ですか

昼	回	夜	回
---	---	---	---