

【男性】

1 基本情報

全て必須

送付先: monshin@reptokyo.jp 件名にはカタカナのフルネームを入力してください。

Numbers(Mac,iPad)で作成された場合は、必ず★Excel形式★に変換してお送りください

●メールには問診表と保険証のコピー以外のファイル(検査データ等)は添付しないでください。

ご予約日 西暦 年 月 日 曜日

↑上記部分は当スタッフが記入しますので空白でお送りください↑

ファイルを圧縮したり、パスワードをかけたり、ファイル形式を変えずに、必ずそのままお送りください。

但し、すでに予約を取られている方は記載をお願いします

(当院使用欄)

ふりがな	姓	名	発番
氏名			Wチェック
			郵送の場合スキャン

生年月日 西暦 年 月 日

年齢 歳

〒 -

住所

※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか(選択)

はい いいえ

携帯番号

電話番号(自宅)

メールアドレス

職業

身長

cm

体重

kg

他のリプロダクションクリニックの診察券をお持ちの方は下記にIDをご記入ください

リプロ大阪(本人)

リプロ大阪(奥様ID)

リプロ東京(本人)

リプロ東京(奥様ID)

## 2 男性問診票

全て必須

はい・いいえ等の項目は、クリック

当院で希望する治療に全て○印を記載(選択)メール送信の場合は該当しないものを削除  
(初診当日に精子凍結希望の場合は、診察時に必ず医師に患者様ご自身よりお申し出ください)

検査	タイミング法	人工授精	体外受精／顕微授精	精子凍結
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)メール送信の場合は該当しないものを削除

医師の紹介( )	知人の紹介( )	患者ブログ	インスタ	雑誌
本	テレビ	インターネット	石川ブログ	松林ブログ
ホームページ	説明会を聞いた	その他( )	北宅ブログ	公式ブログ

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

避妊期間はありますか(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ものを(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      いいえ      1日( )本

お酒を飲みますか(選択)

はい      いいえ      週に( )回

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

### 3 治療歴、妊娠歴、検査結果

	タイミング法	人工授精	採卵	胚移植	TESE
治療回数					

妊娠したことがありますか(選択)	ある ない		
	妊娠	出産	流産
回数			回

出身地(生まれた所)はどこですか(都道府県名)

本日の精液検査の禁欲期間は何日ですか

万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか(選択)

	日
はい	いいえ

★ここまで必須

~~~~~

感染症採血(過去1年以内のデータのみ記載) \* 採血データはコピーを持参してください

| 妻     | 採血日 | (+) or (-) | 夫     | 採血日 | (+) or (-) |
|-------|-----|------------|-------|-----|------------|
| RPR   |     |            | RPR   |     |            |
| TPHA  |     |            | TPHA  |     |            |
| HBsAg |     |            | HBsAg |     |            |
| HCV   |     |            | HCV   |     |            |
| HIV   |     |            | HIV   |     |            |

| 妻   | ABO型 | Rh型 | 夫   | ABO型 | Rh型 |
|-----|------|-----|-----|------|-----|
| 血液型 |      |     | 血液型 |      |     |

#### 4 手術、投薬歴

|    | 年～年  | 疾患名    | 使用薬剤(内服、注射、点鼻、貼付、座薬) | 病院名  |
|----|------|--------|----------------------|------|
| 例1 | 1990 | 鼠径ヘルニア | 手術                   | 〇〇病院 |
| 例2 | 2013 | 前立腺炎   | 抗生剤服用                | 〇〇医院 |
| 1  |      |        |                      |      |
| 2  |      |        |                      |      |
| 3  |      |        |                      |      |
| 4  |      |        |                      |      |
| 5  |      |        |                      |      |

#### 現在使用中の薬剤を記載

|   | 疾患名  | 使用薬剤と量 |
|---|------|--------|
| 例 | 勃起障害 | バイアグラ  |
| 1 |      |        |
| 2 |      |        |
| 3 |      |        |
| 4 |      |        |
| 5 |      |        |
| 6 |      |        |