

男性不妊症外来問診表

記入日 年 月 日

夫^{フリガナ}氏名 _____

妻^{フリガナ}氏名 _____

生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

血液型 (型)

血液型 (型)

自宅電話番号 (— —)

夫携帯電話 (— —)

※クリニックからお電話しても良い電話番号にマルを付けて下さい。

下記の質問に答えて受付にお渡しください。(質問は27まであります。)

あなたの治療を行う上で必要な情報になりますので、分かる範囲で正確にお答え下さい。
すべての個人的秘密は厳重に守ります。

1. 出生地 (都・道・府・県 市 町)

2. 出生時のご両親の年齢 (父 歳、母 歳)

3. あなたを含む生存兄弟姉妹 (計 人) あなたは (番目)

4. 死産された兄弟はいますか? ・いない ・いる (人)

5. 結婚して子供のいない兄弟姉妹がいますか?
・いない ・いる (兄・弟・姉・妹)

6. 血縁者の中に病気の方はいますか? (ご自分のご両親やご兄弟)
・いない ・いる (誰ですか 病名)

7. 家族に遺伝的な病気はありますか?
・ない ・ある (病名)

8. 血族結婚はありますか? ・ない ・ある

9. 幼少期から現在までにかかった病気に○をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	麻疹 (はしか)
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	腸チフス
<input type="checkbox"/>	梅毒

<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ
<input type="checkbox"/>	猩紅熱
<input type="checkbox"/>	肺炎
<input type="checkbox"/>	淋病

<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	ジフテリア
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	糖尿病

<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	水痘 (みずぼうそう)

10. 現在までに手術を受けられたことはありますか?
・ない ・ある (手術名)

11. あなたご自身は今まで精液検査を受けたことがありますか？
・ない ・ある 結果（正常・精子が少ない・精子がない）
12. 今までホルモンなどによる治療を受けたことはありますか？ ・ない ・ある
13. 睾丸を蹴られたり、ボールが当たったことはありますか？ ・ない ・ある
14. 学童期にクラスで背は（高い方だった・中ぐらいだった・低い方だった）
15. 陰毛が生え、声変わりした年齢（歳）または（中学・高校 年生）
16. 初めて射精（夢精）を経験した年齢（歳）または（中学・高校 年生）
17. 初めて性交を経験した年齢（歳）
18. 結婚した年齢（歳）（初婚・再婚）
19. 結婚してからの年数（年）
避妊期間はありますか？ ・ない ・ある（年 カ月）
20. 現在の性欲（強い・普通・弱い）
21. 性交回数（月・週 回）
22. 性交は満足に遂行できますか？ ・できない ・できる
23. ヒゲは ・毎日剃る ・週（ ）回剃る
24. 現在の職業は次のどれに当てはまりますか？（事務職・半事務的半肉体労働・肉体労働）
25. 過去および現在の職業で次の物質や環境に接することはありますか？
・ない
・ある（鉛・水銀・砒素・一酸化炭素・カドミウム・高熱環境・低温環境・放射能・酸素不足の状態）
26. 現在のあなたの健康状態 ・良い ・悪い（病名）
27. 妻の健康状態 ・良い ・悪い（病名）
