

# 問 診 表

ご主人 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S. 年 月 日 才  
住所 〒 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

職業・職種 ( \_\_\_\_\_ )

奥様 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S. 年 月 日 才

ご結婚されたのはいつですか? \_\_\_\_\_ 年 月 日 才 避妊期間 あり ( 年 月 ) ・なし  
不妊期間は? \_\_\_\_\_ 年 月

☆この問診表は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません☆

ご主人にお尋ねします。

出身地 (生まれたところは) どこですか \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型 R h ( )

本日の精液は禁欲だいたい ( 日 )

※以下の質問に該当するものに○をつけて下さい。

性機能についてお尋ねいたします。

- ・ 性欲はありますか。      ある ・ ない      ・ 勃起しますか。      する ・ しない
- ・ 射精しますか。      する ・ しない      ・ 性行為は大体一週間に \_\_\_\_\_ 回
- ・ 精液検査を受けたことが?      ある ・ ない
- ・ 男性不妊としての治療を受けたことが?      ある ・ ない
- ・ 39度以上の熱が出たことが      ある ・ ない
- ・ 性病にかかったことが      ある (具体的に \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ 睾丸を打って腫れたことが      ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ 睾丸を降ろす手術をしたことが      ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ そけいヘルニア(脱腸)の手術を受けたことが      ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ 睾丸のふくろ(陰のう)に水が溜まったことが      ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ 入院手術を要する病気にかかったことが      ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ 心臓または肺の病気が      ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ 以下の病気にかかったことがあれば○をつけて下さい。

結核

糖尿病

おたふくかぜ

- ・ ステロイド剤 (副腎皮質ホルモン) または精神科の薬を使ったことが  
ある (薬品名 \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ アレルギー体質または体に合わない薬が  
ある (薬品名 \_\_\_\_\_ ) ・ ない
- ・ タバコを 吸う ( 本 × 年 ) ・ 吸わない
- ・ お酒を 飲む ( 合 × 年 ) ・ 飲まない
- ・ 食欲は ない ・ 普通      ・ 睡眠は 悪い ・ 普通
- ・ 便通は 悪い ・ 普通      ・ 小便の回数は昼間 \_\_\_\_\_ 回 (夜間 \_\_\_\_\_ 回)

※お願い※

必ず連絡がつく場所をご記入下さい。(急な日時変更で必要な場合があります)

連絡先の名前 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ (携帯もしくはご自宅でも結構です)

時間帯 \_\_\_\_\_ (個人名で ・ 病院名で)

※ ご本人が不在の場合、内容をお伝えしてもよろしいですか。(はい ・ いいえ)

(留守録 OK ・ NO )

以下、奥様にご記入願います。

- |                                 |         |    |         |
|---------------------------------|---------|----|---------|
| ・ 以前に通院されていた病院が                 | ある (病院名 | 年  | 月～通院)   |
|                                 | ない      |    |         |
| ・ 妊娠したことが                       |         | ある | ・ ない    |
| ・ 流産したことが                       |         | ある | ・ ない    |
| ・ 基礎体温をつけていますか                  |         | はい | ・ いいえ   |
| ・ 二相性ですか                        |         | はい | ・ いいえ   |
| ・ 高温期は約 14 日間ありますか              |         | ある | ・ ない    |
| ・ 卵管の通過性の検査をしたことが               |         | ある | ・ ない    |
| ・ 狭窄 (狭いところ) があるといわれましたか        |         | はい | ・ いいえ   |
| ・ 閉塞 (つまっているところ) があるといわれましたか    |         | はい | ・ いいえ   |
| ・ フーナーテスト (性行為後子宮粘膜の精子の有無の検査) を |         | した | ・ していない |
| その時精子が子宮にとどいていないといわれましたか        |         | はい | ・ いいえ   |
| ・ 人工受精を受けたことが                   |         | ある | ・ ない    |
| ・ どこで何回受けましたか (                 |         | で  | 回)      |

今まででかかった病気をご記入下さい

( )