

男性問診表

※この問診表は当院の医療専従者以外の目に触れることはありません。

フリガナ		本人携帯番号	職業	勤務先名	身長	体重	血液型
本人氏名							型
生年月日	S・H 年 月 日()才				cm	kg	RH ()
フリガナ		妻携帯番号	職業	勤務先名	身長	体重	血液型
妻氏名							型
生年月日	S・H 年 月 日()才				cm	kg	RH ()
住所	〒 自宅 ☎						

あてはまるものに○印をつけて下さい。

1 本日は何をご相談に来られましたか

精液検査のみを希望 夫婦で不妊治療を希望 その他()

2 結婚歴について

結婚年齢 ()歳 結婚(年 月)

離婚(年 月) 再婚(年 月) ※ 前妻との間にお子様 あり / なし

離婚(年 月) 再々婚(年 月)

婚約中 内縁(同棲中) 独身 特記事項 ()

3 性機能について

① 性欲はありますか ある / ない

② 勃起しますか する / しない

③ 射精しますか。 する / しない

④ 性行為はだいたい1か月に()回

⑤ 精液検査を受けられたことがありますか ある (施設名: 結果) / ない

4 今までかかった主な病気、受けた手術、健康状態について

① アレルギーがあるといわれたことがある、もしくはご自分でアレルギー体質と思われますか

はい (→アレルギー名をご記入ください) / いいえ

② 今まで使った薬や注射で、気分が悪くなったり、湿疹ができるなどの副作用をおこしたことがありますか

はい (→薬の名前をご記入下さい) / いいえ

③ 今まで病気や手術をしたことがありますか

はい (→病気や手術名をご記入ください) / いいえ

④ 喫煙の習慣はありますか はい (1日 本位を 歳頃から) / いいえ

⑤ 飲酒の習慣はありますか はい (日に1回位 を ml位) / いいえ

⑥ 現在のんでいる薬はありますか はい () / いいえ

⑦ 梅毒、B型肝炎、C型肝炎、HIV、その他性病の既往はありますか はい →下に詳細をご記入ください / いいえ
感染症名() 罹患中 / 治療中 / 治癒(年 月)

⑧ AGAの治療をされたことはありますか はい (→現在治療中ですか はい / いいえ) / いいえ

5 本日、特に相談したいことをご記入ください