

男性問診票

来院日：西暦

年 月 日

フリガナ	生年月日
氏名	西暦 年 月 日(才)
携帯番号	ご職業 フルタイム・パート
血液型 型 RH ()	身長 cm 体重 Kg
〒	自宅電話番号
ご住所	メールアドレス
通院しやすい曜日・時間帯	

・当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。
 ・必要に応じてお預かりしましたお電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にお答えください。答えにくいものは無回答で大丈夫です。

1. 初婚 再婚(前妻との間に子供は なし あり⇒ 人)
2. 現在、内服しているお薬はありますか?なし・あり⇒
(診断名・薬の内容:)
3. 現在内服しているサプリメントはありますか?なし・あり⇒
(具体的は:)
4. タバコを吸われますか?吸わない・吸う(本/日)電子タバコですか?はい・いいえ
5. 飲酒に関して:飲まない・飲む(具体的には:)
6. 運動の習慣:ない・ある(具体的には:)
7. 性交回数は月に何回くらいですか?(回)
8. マスターベーションは月に何回くらいですか?(回)
9. 今日の禁欲期間は何日ですか?(日)
10. 3ヶ月以内に高い熱を出したことがありますか?いいえ・はい⇒病名 ()
11. ご家族にがん、糖尿病、血栓症、流産を繰り返すなどの既往がある方はいますか? いいえ・はい⇒
続柄・病名 ()
12. ご家族に遺伝性の病気はありますか?いいえ・はい⇒続柄・病名 ()
13. 採血などの検査結果は奥様にお伝えしても良いでしょうか?はい・いいえ
14. 思春期以降におたふく風邪にかかったことはありますか?ない・ある(歳頃)
15. 今までに下記のような病気をしたことがありますか?
がん・糖尿病・高血圧・腎臓病・心臓病・肝臓病・甲状腺疾患・肝炎
その他()
16. 睪丸の手術を受けたことがありますか?ない・ある(歳頃)
17. パイプカットの手術を受けたことがありますか?ない・ある(歳頃)
18. 鼠径ヘルニアの手術を受けたことがありますか?ない・ある(歳頃)
19. 性機能について悩んでいること、相談したいことはありますか。ない・ある⇒
性欲がない・勃起しない・挿入できない・膣内射精ができない・早漏・遅漏・射精しない・射精感はあるが
精液が出ない・その他()
20. 性病にかかったことはありますか?ない・ある()
21. 精液検査を受けたことがありますか?ない・ある⇒正常・異常 病院名()
22. 採血によって気分が悪くなった事がありますか?ない・ある
23. 今までに大きな病気や手術をしたことがありましたらお書き下さい。
()
24. 職業に関して
勤務時間(時~ 時) 休日() 職種() 勤務地()