

男性問診票

来院日: 20 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日: 西暦	年	月	日 (才)
血液型	型 RH()	身長	cm	体重 Kg
住所	〒			
携帯番号				
ご職業	勤務地()	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・保護するように努めております。
 ・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) 事実婚 交際中
- 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 ⇒ 具体的には()
- 4) 薬でアレルギーが出たことはありますか? なし・あり ⇒ 具体的には()
- 5) 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
- 6) 飲酒に関して → 飲まない・飲む(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) 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()
- 10) 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()
- 11) 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()
- 12) 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)
- 13) 睾丸の手術を受けたことがありますか? ない・ある(歳頃)
- 14) 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)
- 15) 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)
- 16) 性機能について悩んでいることはありますか? 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()
- 17) 性病にかかったことはありますか? ない・ある()
- 18) 精液検査を受けたことがありますか? ない・ある ⇒ 正常・異常 ⇒ 結果() 病院名()
- 19) 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
- 20) 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 ⇒ **いいえの場合は採血結果、人工授精・採卵時の精液所見等**
- 21) 今までに病気や手術をしたことがありましたらお書き下さい。 **をその都度、聞きに来ていただくことになります。**

年齢	病名	使用薬	手術の有無	経過
			有・無	完治・経過観察中
			有・無	完治・経過観察中
			有・無	完治・経過観察中