

男性問診表

ID

奥様 ID

20 年 月 日

ふりがな		昭・平(西暦 20 年)	身長	cm		
氏名		年 月 日生	体重	kg	職業	
		(歳)				

あてはまる所を記入または○で囲んでください

1. 本日の来院の目的は

イ、子どもが欲しい
(欲しいと思われたのは: 年 月頃~)

ロ、精液検査希望

ハ、精液凍結希望

ニ、他院で精液検査をして異常といわれた

<詳しく記入をお願いします>

2. 結婚・子どもについて

イ、結婚している(西暦 年 月 日)

現在の結婚は(初婚・再婚)

再婚の場合、以前の子どもは(有・無)

ロ、未婚である

ハ、内縁関係にある

ニ、入籍予定(いつ:)

ホ、子どもについて

子どもの生年月日	性別	不妊治療の有無
年 月 日	男・女	有・無
年 月 日	男・女	有・無
年 月 日	男・女	有・無

3. 今までに病気にかかったことは(ある・ない)

ある場合は、あてはまるものを○で囲んでください

① 鼠径ヘルニア ② 性病 ③ 睾丸の病気、外傷

④ 耳下腺炎 ⑤ 神経疾患

⑥ 癌

(手術、抗癌剤、放射線療法などについて
時期や回数を分かる範囲で記入してください)

⑦ 心疾患 ⑧ 腎疾患 ⑨ 肝疾患 ⑩ 糖尿病

⑪ その他 ()

4. 現在、常用している薬はありますか (はい・いいえ)
()

育毛剤は使用していますか (はい・いいえ)

5. 薬物による副作用 (有・無)

()
アレルギー体質 (有・無)

① ゴム ② アルコール ③ 金属

④ 食べ物

⑤ その他

6. 嗜好品について

タバコを吸いますか (はい・いいえ)

はいの場合(1日 本)

お酒は飲みますか (はい・いいえ)

はいの場合(1日 本)

7. 性生活は月に何回くらいありますか 約 回

8. あてはまるものを○で囲んでください

① 性欲があまりない (才~)

② 性欲がまったくない (才~)

③ 勃起しない(時々・毎回)

④ 膣内射精できない(時々・毎回)

⑤ においを感じにくい

⑥ その他 ()

8. あなたのご家族や親戚(血縁)の方の病気(ある・ない)

結核 がん 肝炎 高血圧 糖尿病 喘息 血液疾患

その他

