

問診票（男性用） ※すべての項目を記入してください

ふりがな			生年月日 T.S.H	年	月	日	年齢	歳	
お名前			血液型	型	Rh ()	←分かる方のみご記入ください			
奥様氏名	※パートナーの氏名		携帯電話	()	-()	-()			
職業			<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 既婚	<input type="checkbox"/> 近々結婚の予定	結婚年月日(年	月	日)
住所	〒								
六本木レディースクリニックを何で知りましたか？			<input type="checkbox"/> Google, Yahoo!等検索サイト <input type="checkbox"/> 紹介 () 様)						
<input type="checkbox"/> クチコミサイト (<input type="checkbox"/> 不妊治療 net <input type="checkbox"/> 子宝ねっと <input type="checkbox"/> 不妊みんなの体験談) <input type="checkbox"/> ブログ									
<input type="checkbox"/> 雑誌 (anan, 美 ST, グラツィア, その他) <input type="checkbox"/> タウン誌 () <input type="checkbox"/> その他									

過去一か月に海外渡航履歴はありますか？	いいえ・はい (国/都市名)
発熱・呼吸器症状 (咳・喀痰・鼻汁など) はありますか？	いいえ・はい (症状)

●本日はどのようなことで受診されましたか？あてはまる項目すべてにチェックを入れてください。

- 夫婦 (パートナー) で不妊相談 医師の診察後、必要あれば検査したい。
精液検査 感染症検査 人工授精 (AIH) の採精の為の来院 顕微授精 (ICSI) の為の来院
付き添いのみ その他 ()

職業について詳しく教えて下さい

どのようなご職業についておられますか？あてはまる項目にチェックを入れてください

- 会社員 公務員 団体職員 自営業 その他 ()
高熱下での作業 (熔鉱炉従事者・ガラス工・石炭採掘・その他)
重金属取扱い (カドミウム・硫化水素・水銀・その他)
放射性物質取扱い X線取扱い
単身赴任など長期間自宅不在となる職業 (船員、パイロット、その他)

結婚について

ご本人の結婚歴と妻の妊娠歴についてご記入ください

初婚：昭和/平成__年__月

再婚：昭和/平成__年__月

【前妻：妊娠__回、出産__回__名】【前々妻：妊娠__回、出産__回__名】

既往症について

下記の疾患を患われたことがありますか？【なし・あり←ありの方は○を付けてください。】

- 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)・結核・糖尿病・心臓病・虫垂炎
 腹膜炎・睾丸炎・副睾丸炎・陰嚢水腫 (右・左)・逆行性射精・精索静脈瘤
 下腹部外傷・骨盤外傷・精管結紮手術・陰茎下裂手術
 鼠径ヘルニア手術・停留睾丸手術・喘息
 その他()

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。

現症について 回答欄にチェックを入れ、はいの方は具体的な症状を記入下さい。

- ・最近、下腹部～陰部に痛みはありますか？【いいえ はい（ ）】
- ・陰茎、陰囊、睾丸、陰毛などの外性器形態に異常はありますか？【いいえ はい（ ）】
- ・夫婦生活（性交、勃起、射精）異常がありますか？【いいえ はい（ ）】
- ・結婚後の不妊期間（但し、避妊期間を除く）は何年ですか？【 年】
- ・奥様の前回流産後、あるいは前回分娩後の不妊期間は何年ですか？【無 有（ 年）】

精液検査について 回答欄にチェックを入れて下さい。

- ・精子の検査を受けたことはありますか？【いいえ はい（ 回）】
- ・当院での精液検査などの検査結果を、奥様またはパートナーの方にお答えしてもよろしいですか？
【いいえ はい】

お薬・注射について 回答欄にチェックを入れ、有の方は詳細をご記入下さい。

- ・現在、定期的にまたは毎日、注射または内服しているくすりはありますか？
【無 有：注射またはお薬の種類（ ）】

受診歴

- ・過去に不妊症について受けた診断や治療について教えて下さい。

病院名：医院名	治療期間	検査及び治療内容
1 ()	()	()
2 ()	()	()

宗教

貴方は、当院の医療行為の一部を、宗教、その他の理由により拒否しますか？チェックをお願いします。
拒否しません。 一部を拒否します。

アレルギー

皮膚の発疹や、ショック、局所の腫脹、かゆみ等のアレルギー反応を起こしたことがありますか？

- 無 ・有 内服薬 飲食物 注射薬 ゴム製品 金属
- その他（ ）
- ・アレルギー性鼻炎・眼瞼結膜炎 無 有 花粉症 ダニ症

生活習慣

飲酒について [飲まない・飲む（種類_____、週に____回、____本・杯）
喫煙について [吸ってない・禁煙した（_____年____月頃から）・吸っている（_____本/日）

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。