

## 名越産婦人科 男性 問診表

フリガナ : 記入日 : 20 年 月 日  
 お名前 : 生年月日 : S・H 年 月 日  
 〒 :  
 住所 :  
 自宅の電話 :  
 緊急連絡先 : 自宅・妻職場・夫職場・携帯 年齢 : 歳 ヶ月  
 連絡先電話 : 身長 : cm  
 体重 : kg

こちらから電話する際「こちらは名越産婦人科ですが」と ( 言うて良い・言わないで欲しい )

1. 喫煙習慣 ( ない・ある : 1日 本程度 )  
 飲酒習慣 ( ない・ある : 1日 本程度 )

## 2. 血縁関係の方に、下記の方はいますか

糖尿病・高血圧・心臓病・癌 ( いない・いる : )  
 気になる疾患 ( いない・いる : )

3. 現在治療中の病気 ( ない・ある : )  
 現在服用中の薬剤 ( ない・ある : )  
 入院治療の既往 ( ない・ある : いつ )  
 鼠径ヘルニア＝脱腸手術 ( ない・ある : 右・左 : いつ )  
 その他手術の既往 ( ない・ある : いつ )  
 おたふくかぜの既往 ( ない・ある : いつ )  
 アレルギーの既往 ( ない・ある : )  
 他の気になる疾患 ( ない・ある : )

4. 結婚していますか ( はい・いいえ・予定あり : 予定日 年 月 )  
 ( あなたは : 初婚・再婚 回目 : 年 月 )

避妊について ( まったくない・過去にある・現在ある )

( コンドーム・膈外射精・女性が避妊薬・その他 )( 年 月頃 ~ 年 月頃 )

平均的な射精間隔は ( 週に 回・月に ~ 回・ほとんどない・ない )

性交障害 ( 夫 : 不感症・早漏・遅漏・勃起不全・その他 )

( 妻 : 不感症・その他 )

パートナーが妊娠したことは ( ない・ある )

1回目 : 年 月 ( 妊娠 週 ) 男・女 g

流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胞状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他

2回目 : 年 月 ( 妊娠 週 ) 男・女 g

流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胞状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他

3回目 : 年 月 ( 妊娠 週 ) 男・女 g

流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胞状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他

5. 精液検査を受けたことは ( ない・ある : 回 )

精液検査の結果 ( 異常なし・異常あり )

精液量 ( 多い・ふつう・少ない ) 精子濃度 ( 多い・ふつう・少ない )

精子運動 ( 良い・ふつう・わるい ) 精子奇形 ( 多い・ふつう・少ない )

6. 不妊治療で泌尿器科を受診したこと ( ない・ある )

( 医療機関名 : 年 月頃 )

7. その他、何か心配なことやご相談になりたいことがあれば、記入してください。

\*裏面もご記入ください\*

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカードではなく、保険証をご利用される方へ

高額療養費制度の限度額認定証がなくても、口頭確認により限度額情報をオンライン取得することで限度額を超える支払いが免除されます。  
そのため、限度額情報の提供に同意していただくと、以下の情報が共有されます。  
(詳しくは厚生労働省 HP を参照ください)

- ◇限度額認定証区分
- ◇適用区分（被保険者等の標準報酬や前年度所得の水準に応じて設定される）
- ◇交付年月日
- ◇回収年月日
- ◇長期入院該当年月日

同意する