

## 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 : 年齢 : 歳  
 ケ月  
 緊急連絡先 : 自宅 ・ 妻職場 ・ 夫職場 ・ 携帯 身長 :  
 cm  
 連絡先電話 : 体重 :  
 kg  
 BMI :

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 )

- 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 )  
 生活習慣 ( ストレスは : 多い ・ 少ない )  
 ( 睡眠時間は : 6時間以上 ・ 6時間未満 ・ 不規則 )
- 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 : )
- 健康診断で異常と指摘を受けたことが ( ない ・ ある : 血圧 ・ 血糖 ・ 高コレステロール ・ その他 )  
 現在治療中の病気 ( ない ・ ある : )  
 現在服用中の薬剤 ( ない ・ ある : )  
 既往症 ( ない ・ ある : いつ )  
 鼠径ヘルニア＝脱腸手術 ( ない ・ ある : 右 ・ 左 : いつ )  
 おたふくかぜの既往 ( ない ・ ある : いつ )  
 アレルギーの有無 ( ない ・ ある : )  
 風疹抗体検査(採血) ( ない ・ ある : 倍 ・ 不明 )
- 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 ・ 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  
 経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 人工妊娠中絶 ・ 子宮外妊娠 ・ 胎状奇胎 ・ 死産 ・ 早産 ・ その他  
 2回目 : 年 月 ( 妊娠 週 ) 男 ・ 女 g  
 経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 人工妊娠中絶 ・ 子宮外妊娠 ・ 胎状奇胎 ・ 死産 ・ 早産 ・ その他  
 3回目 : 年 月 ( 妊娠 週 ) 男 ・ 女 g  
 経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 人工妊娠中絶 ・ 子宮外妊娠 ・ 胎状奇胎 ・ 死産 ・ 早産 ・ その他
- 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                                     ）

\*裏面もご記入ください\*

7. 今後どのような治療を希望されていますか

- 1) タイミング法を考えている
- 2) 人工授精を考えている
- 3) 体外受精を考えている
- 4) 保険診療の範囲で考えている（保険適応外の治療は考えていない）
- 5) 保険適応外の検査や治療でも積極的にしたいと考えている

現在のところ、不妊治療期間をどのくらいと考えていますか     今後（                 ）年間くらい  
将来、子どもは何人希望されていますか                             （                 人   ）

8. 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

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