

名越産婦人科 男性 問診表

フリガナ お名前	(旧姓:)	記入日	20 年 月 日
生年月日	(S ・ H) 年 月 日	年齢	歳
〒 住所		身長	cm
連絡先		体重	kg
		BMI	
		18歳以降の体重の変動は	～ kg

*こちらから電話する際「名越産婦人科」と(言って良い・言わないで欲しい)

- 喫煙習慣 (無・有 : 1日 本程度)
 飲酒習慣 (無・有 : 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、以下の方はいますか
 糖尿病・高血圧・心臓病・癌 (いない・どなた :)
 その他気になる疾患 (いない・どなた :)
- 健康診断で異常と指摘を受けたことが (無・有 : 血圧・血糖・高コレステロール・その他)
 現在治療中の病気 (無・有 :)
 現在服用中の薬剤 (無・有 :)
 既往症 (無・有 : 年 月頃)
 ・鼠径ヘルニア(脱腸手術) (無・有 : 右・左 : 年 月頃)
 ・おたふくかぜ (無・有 : 年 月頃)
 ・アレルギー (無・有 : 年 月頃)
 ・性感染症 (無・有 : 年 月頃)
 ・風疹抗体検査(採血) (無・有 : 年 月頃 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)
 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 (無・有)
 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 (無・有 : 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)

裏面もご記入ください

6. 不妊治療で泌尿器科を受診したこと（ない・ある： 年頃・医療機関名： ）

7. 今後どのような治療を希望されていますか
（タイミング法・人工授精・体外受精・保険適用外の検査や治療）

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

【すべての患者さまへ】確認後、チェックしてください

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します

確認しました

【マイナンバーカードを利用される患者さま】該当欄へチェックしてください（初診当日について）

マイナ保険証による診療情報取得に同意する
*基本的に診療情報取得をさせていただきます

マイナ保険証による診療情報取得に同意しない

診療情報とは、

- ①薬剤情報:過去3年間に処方された薬の履歴(飲み合わせ、重複投与防止のため)
- ②特定健診情報:40歳以上の特定健診結果(血圧、血糖値など生活習慣病リスク把握のため)
- ③診療情報(手術歴含む):他の医療機関での受診歴(病名や医師の所見などのプライバシー情報は非公開)

【資格確認書を利用される患者さま】該当欄へチェックしてください

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

限度額情報の提供に同意する

限度額情報の提供に同意しない

限度額認定証を自身で取得するまたは高額療養費制度の手続きは自身で行います