

## 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（言って良い・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～ 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・胎状奇胎・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・胎状奇胎・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・胎状奇胎・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\*

初診日 ( )

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 4点

（マイナンバーカード保険証を利用した場合）2点

マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意する