

男性問診票

記入日: _____

フリガナ		昭和・平成			
お名前		生年月日	年	月	日(歳)
住所	〒				
		電話番号	本人携帯	-	-
			妻携帯	-	-

あてはまるものに○をつけてください。

- 1, 結婚 既婚 ・ 予定している(月) ・ 未婚

初婚: 西暦 年 月 歳 (子供 人)

再婚: 西暦 年 月 歳 (子供 人)
- 2, 不妊期間(子供を作りたいと思ってから) 年 カ月

避妊期間: ない ・ ある (年 カ月)
- 3, 受診歴

不妊症の検査を受けたことが

ない

ある

(病院名: _____ 検査治療内容: _____)
- 4, 手術・既往歴

手術: 停留精巣(睾丸) _____ 歳、 鼠経ヘルニア _____ 歳、 陰嚢水腫 _____ 歳、 精巣(睾丸)外傷 _____ 歳

逆流性射精 _____ 歳、 精索静脈瘤 _____ 歳、 精管結紮術 _____ 歳

既往歴: 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、 糖尿病、 高血圧、 心臓病、 喘息、 緑内障

悪性腫瘍(部位 _____): 抗がん剤治療、放射線治療
- 5, 現在の状況

勃起障害 なし あり 射精障害 なし あり 性交障害 なし あり
- 6, 嗜好品: 喫煙 なし

あり(_____ 本/日) 以前喫煙

飲酒 なし

あり 毎日 ・ 週 _____ 日 ・ たしなむ程度 種類(_____)量(_____ ml)
- 7, 現在内服中の薬・サプリメント

なし あり(_____)
- 8, アレルギー

なし

あり 薬品(_____)

食品(_____)

その他(金属 ・ 花粉 ・ ラテックス ・ _____)